

32 Congresso Nacional de MEDICINA INTERNA

*Do Algarve para o Futuro
Inovação em Medicina Interna*

21 a 23 maio 2026
Centro de Congressos de Lagoa

LIVRO DE
RESUMOS

- CO 01 TOCILIZUMAB NA DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL ASSOCIADA À ESCLEROSE SISTÊMICA
- CO 02 QUANDO A RABDOMIÓLISE ESCONDE UMA DOENÇA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO
- CO 03 POLIOMIOSITE COM PATOLOGIA MITOCONDRIAL: UM RELATO DE CASO DE MIOPATIA INFLAMATÓRIA IDIOPÁTICA RARA
- CO 04 A PELE QUE AINDA HABITO UMA DERMATOMIOSITE ANTI-MDA5
- CO 05 SARCOIDOSE “ÀS AVESSAS”: QUANDO A NOCARDIOSE REVELA O DIAGNÓSTICO OCULTO
- CO 06 TETRAPARÉSIA DE INÍCIO SÚBITO: VARIANTE AXONAL AGUDA DO SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ
- CO 07 QUANDO A INFECÇÃO RESPIRATÓRIA ESCONDE A HIPÓFISE
- CO 08 UM PROBLEMA NUNCA VEM SÓ...
- CO 09 PROPILTIOURACILO E INFECÇÃO POR CMV: MIELOTOXICIDADE SINÉRGICA E CRISE TIREOTÓXICA EMINENTE
- CO 10 UMA CAUSA INVULGAR DE HIPERLACTACIDÊMIA: O PAPEL DA DISBIOSE INTESTINAL
- CO 11 CRISE CONVULSIVA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE INSULINOMA METASTÁTICO
- CO 12 COLITE LINFOCÍTICA A TIRZEPATIDE: UM CASO RARO
- CO 13 COLITE EOSINOFÍLICA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL E PREDOMINANTE DA SÍNDROME DRESS
- CO 14 DOENÇA CELÍACA E TROMBOSE PORTAL: UMA ASSOCIAÇÃO SUBVALORIZADA
- CO 15 OBSTRUÇÃO INTESTINAL ALTA POR DUPLA ETIOLOGIA, VASCULAR E LUMINAL: UMA SINERGIA IMPROVÁVEL
- CO 16 DA PELE À VIA BILIAR: UM CASO DE COLAGENOSE PERFURANTE REATIVA ADQUIRIDA
- CO 18 DOENÇA CELÍACA SERONEGATIVA EM DOENTE IDOSA
- CO 19 CARCINOMA DE MERKEL: UM DESFECHO FATAL
- CO 20 QUANDO A SUSPEITA DE ENDOCARDITE REVELA NEOPLASIA OCULTA: ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA
- CO 21 ANEMIA GRAVE COM RETICULOCITOPENIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- CO 22 DERRAME PLEURAL COM EVOLUÇÃO ATÍPICA: UM ALERTA
- CO 23 UM APTT QUE NÃO CORRIGE: ALERTA PARA HEMOFILIA ADQUIRIDA
- CO 24 HIPERFERRITINEMIA MULTIFATORIAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- CO 25 UM CHOQUE ANAFILÁTICO DE PARTIR O CORAÇÃO
- CO 26 ENDOCARDITE INFECCIOSA POR ABIOTROPHIA DEFECTIVA: UMA CAUSA RARA DE DESTRUIÇÃO VALVULAR
- CO 27 QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA A CAUSA: PNEUMONIA ORGANIZATIVA INDUZIDA POR SOTALOL.
- CO 28 UM CASO RARO DE ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA A LINEZOLIDA
- CO 29 UMA REAÇÃO RARA À VANCOMICINA: DERMATOSE BOLHOSA LINEAR POR IGA EM CONTEXTO HOSPITALAR
- CO 30 DEXMEDETOMIDINA: UMA TERAPÊUTICA PROMISSORA EM CUIDADOS PALIATIVOS
- CO 31 ENDOCARDITE PROTÉTICA COM APRESENTAÇÃO IMUNOMEDIADA DOMINANTE
- CO 32 ERUPÇÃO CUTÂNEA E MUCOSITE INDUZIDAS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE (MIRM): UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA
- CO 33 NEFROPATIA ASSOCIADA AO VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: UMA APRESENTAÇÃO INAUGURAL ATÍPICA
- CO 34 QUANDO A SÍFILIS SE FAZ OUVIR: UM CASO DE OTOSSÍFILIS ISOLADA
- CO 35 UMA ICTERÍCIA COM PISTAS OCUPACIONAIS: UM CASO DE LEPTOSPIROSE
- CO 36 NEUROSSÍFILIS E/OU SÍFILIS OFTÁLMICA: A GRANDE IMITADORA DO SÉCULO XXI REVISITADA
- CO 37 AGRANULOCITOSE SECUNDÁRIA AO TIAMAZOL: UM CASO DE NEUTROPENIA FEBRIL
- CO 38 DISPNEIA, DERRAME PLEURAL E FEBRE: TEMPESTADE TIROIDEIA A MASCARAR-SE DE FALÊNCIA CARDIOPULMONAR
- CO 39 QUANDO A PSIQUIATRIA NÃO EXPLICA TUDO: DÉFICE DE VITAMINA B12
- CO 40 ABORDAGEM DA HIPONATREMIA: EXTREMOS FISIOPATOLÓGICOS
- CO 41 A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO DAS HIPOGLICÊMIAS: O CASO DO INSULINOMA
- CO 42 NEM SEMPRE É SÉPSIS
- CO 43 O ENIGMA DA HIPOXEMIA POSTURAL
- CO 44 DOENÇA VENO-OCCLUSIVA PULMONAR: DESAFIO DIAGNÓSTICO NA HIPERTENSÃO PULMONAR
- CO 45 HEMOCROMATOSE COMO ELEMENTO DIAGNÓSTICO DE PORFÍRIA CUTÂNEA TARDA
- CO 46 ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS OU ALGO MAIS? UM CASO DE HIPOTIROIDISMO GRAVE
- CO 47 SÍNDROME DE LEMMEL COMO CAUSA RARA DE COLESTASE EXTRA-HEPÁTICA

- CO 48** BCGITE: UMA COMPLICAÇÃO SISTÊMICA RARA DA TERAPIA INTRAVESICAL COM BCG
- CO 49** PARACENTESSES EVACUADORAS DOMICILIÁRIAS NO CONTROLO SINTOMÁTICO DA ASCITE MALIGNA
- CO 50** DOENÇA DE LYME: UM RARO TRIGGER NA SÍNDROME VASO OCLUSIVA DA DREPANOCITOSE
- CO 51** LINFOMA PRIMÁRIO DAS SEROSAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM DOENTE COM INFECÇÃO POR VIH-2
- CO 52** O ENIGMA LEPTOMENÍNGEO: DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSE EM CONTEXTO NEUROLÓGICO ATÍPICO
- CO 53** ALÉM DA EXACERBAÇÃO: LINFOMA ESPLÊNICO DA ZONA MARGINAL EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO
- CO 54** ADENOPATIAS GENERALIZADAS E FEBRE: DIAGNÓSTICO DE LINFOMA T APÓS BIÓPSIA GANGLIONAR
- CO 55** TROMBOCITOPENIA: ANTES DE CULPAR A MEDULA
- CO 56** O PERCURSO MULTIDISCIPLINAR DE UM DOENTE COM NEOPLASIA RARA
- CO 57** HIPOGAMAGLOBULINÉMIA E LESÕES OSTEOLÍTICAS: UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO NÃO SECRETOR
- CO 58** SÍNDROME HEMOLÍTICA-URÉMICA ATÍPICA NO PÓS-OPERATÓRIO: QUANDO A SÉPSIS NÃO É A RESPOSTA
- CO 59** SÍNDROME TORÁCICA AGUDA: UMA EMERGÊNCIA NA ANEMIA FALCIFORME
- CO 60** ALÉM DA COMPRESSÃO TUMORAL SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR POR EXTENSA TROMBOSE PARANEOPLÁSICA
- CO 61** SÍNDROME CONSTITUCIONAL E PÚRPURA: CRIOGLOBULINEMIA TIPO II ASSOCIADA A LINFOMA B
- CO 62** LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA PULMONAR
- CO 63** UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL HEMÁTICO: UM CASO CLÍNICO
- CO 64** SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MASSA MEDIASTÍNICA
- CO 65** QUANDO A QUIMIOTERAPIA MIMETIZA SÉPSIS: SÍNDROME INFLAMATÓRIA SISTÊMICA AGUDA APÓS CISPLATINA
- CO 66** SÍNDROME CONSTITUCIONAL GRAVE COM CARCINOMATOSE PERITONEAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- CO 67** UNIDADES DE TRATAMENTO AMBULATORIO: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUZIR OS REINTERNAMENTOS HOSPITALARES
- CO 68** TRÊS ANOS DE CONSULTORIA E RESPONSABILIDADE PARTILHADA DA MEDICINA INTERNA
- CO 69** IMPACT OF ORTHOGERIATRIC CARE: PRESCRIPTION PATTERNS IN HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS
- CO 70** COMPLICAÇÕES TROMBÓTICAS EM DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO DE INSERÇÃO PERIFÉRICA
- CO 71** IMPACTO DO SPICIT NA IDENTIFICAÇÃO E REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM MEDICINA INTERNA
- CO 72** ESTÁGIO DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISE PROSPETIVA DO IMPACTO ORGANIZACIONAL E PEDAGÓGICO
- CO 73** NÍVEIS PLASMÁTICOS DE HOMOCISTEÍNA E RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA?
- CO 74** OPTIMIZING PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT: A NATIONAL EXPERT CONSENSUS
- CO 75** GALECTINA 3 – PAPEL PROGNÓSTICO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONCLUSÕES DO ESTUDO ROAD-HF
- CO 76** REDIFINIÇÃO DE FERROPÉNIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: O QUE MUDA NO USO DE CARBOXIMALTOSE FÉRRICA?
- CO 77** HIPERTENSÃO NO INTERNAMENTO: ESTAMOS A TRATAR NÚMEROS OU DOENTES?
- CO 78** HYPERTENSIVE EMERGENCIES: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE
- CO 79** ONZE ANOS DE LEPTOSPIROSE: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA
- CO 80** PREFERÊNCIA POR TERAPÉUTICA ANTIRRETROVIRAL INJETÁVEL EM PESSOAS COM VIH: DADOS DE VIDA REAL
- CO 81** INCIDÊNCIA DE HEPATITE A NUM HOSPITAL SECUNDÁRIO: COMPARAÇÃO COM DADOS NACIONAIS DE VIGILÂNCIA
- CO 82** CARACTERIZAÇÃO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS COMPLICADAS DE BACTERIÉMIA A PSEUDOMONAS AERUGINOSA
- CO 83** PNEUMONIAS VÍRIAS: UMA VISÃO RETROSPECTIVA DOS AGENTES MAIS FREQUENTES
- CO 84** PREDICTIVE VALUE OF EMBOLIC COMPLICATIONS IN INFECTIVE ENDOCARDITIS OUTCOMES
- CO 85** EVOLUÇÃO DO NEWS2 ATÉ 72 HORAS COMO MARCADOR PROGNÓSTICO EM DOENTES INTERNADOS: ESTUDO RETROSPECTIVO
- CO 86** SOBREVIVÊNCIA A UM ANO EM DOENTES COM LIMITAÇÃO DE CUIDADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS
- CO 87** THIRTY-MONTH OBSERVATIONAL STUDY OF A PORTUGUESE MEDICAL INTERMEDIATE CARE UNIT
- CO 88** NÃO SÓ DE CORES SE VESTE A URGÊNCIA
- CO 89** DO SERVIÇO DE URGÊNCIA À ENFERMARIA: INFLUÊNCIA DO TEMPO DE ESPERA NOS RESULTADOS CLÍNICOS
- CO 90** EXPERIÊNCIA DE UM ANO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE PROXIMIDADE
- CO 91** BEHÇET COM ENVOLVIMENTO AXIAL: UM FENÓTIPO DISTINTO?
- CO 92** FIBRINOGENIO E O GENE DA METILTETRAHIDROFOLATO REDUTASE NO RISCO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
- CO 93** RISCO NUTRICIONAL E PROGNÓSTICO EM DOENTES COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM ENFERMARIA DE MEDICINA
- CO 94** PROLONGAMENTO DO INTERVALO QT NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO
- CO 95** OPORTUNIDADES (PERDIDAS) DE TRANSIÇÃO/SWITCH EV-ORAL EM MEDICINA INTERNA
- CO 96** FINERENONA PARA TODOS, TODOS, TODOS
- CO 97** OCORRÊNCIA DE NEOPLASIA APÓS UM PRIMEIRO EVENTO CEREBROVASCULAR: UM ESTUDO NUM HOSPITAL PORTUGUÊS
- CO 98** IMPACTO DO RISCO NUTRICIONAL E COMORBILIDADES NOS OUTCOMES CLÍNICOS DE DOENTES INTERNADOS
- CO 99** VIDEOENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA SUSPEITA DE HEMORRAGIA DO INTESTINO DELGADO EM INTERNAMENTO

- CO 100** SEGURANÇA DOS ANTIRRETROVIRAIS INJETÁVEIS: DADOS DE VIDA REAL
- CO 101** CARACTERIZAÇÃO DOS INTERNAMENTOS POR EVENTOS ADVERSOS EM DOENTES SOB PEMBROLIZUMAB
- CO 102** POSITIVE AGEING: A NEW PERSPECTIVE ON AGEING THROUGH A LIFELONG INTEGRATED CARE APPROACH
- CO 103** SINERGISMO ENTRE O FIBRINOGENÍO E O POLIMORFISMO ECA I/D NO RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR
- CO 104** GDF-15 –BIOMARCADOR EMERGENTE NO PROGNÓSTICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA? RESULTADOS DO ESTUDO ROAD-HF
- CO 105** CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: IMPACTO NOS INTERNAMENTOS E CARGA ASSISTENCIAL
- CO 106** FERROPENIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: EVOLUÇÃO DA RESPOSTA A CMF COM A NOVA DEFINIÇÃO
- CO 107** AGENTES FARMACOLÓGICOS MAIS ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BRASH
- CO 108** AVALIAÇÃO DA PRESSÃO DE PULSO E PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA
- CO 109** RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS MELHORAM A PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES?
- CO 110** USO DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA
- CO 111** FATORES ASSOCIADOS AO INTERNAMENTO PROLONGADO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: ESTUDO RETROSPECTIVO
- CO 112** PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA EM MEDICINA INTERNA: EVOLUÇÃO EM 9 ANOS
- CO 113** AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA UNIDADE DE FRAGILIDADE NO AUMENTO DE ALTAS HOSPITALARES PARA O DOMICÍLIO
- CO 114** QUEDAS VS SÍNDROME DE FRAGILIDADE NO IDOSO: HÁ OU NÃO RELAÇÃO?
- CO 115** O POLIMORFISMO DA MTHFR C677T AUMENTA OS NÍVEIS PLASMÁTICOS DE FIBRINOGENÍO NOS INDIVÍDUOS FUMADORES
- CO 116** IMPACTO PROGNÓSTICO DA CLASSE FUNCIONAL NA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA
- CO 117** TROMBOEMBOLIA PULMONAR EM SELA: IMPACTO PROGNÓSTICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS
- CO 118** 2 ANOS DEPOIS: O QUE MUDOU NA REFERENCIAÇÃO PÓS-ALTA AO HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?
- CO 119** RISCO CARDIOVASCULAR NOS INTERNOS DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA PANORAMA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
- CO 120** IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DIGITAL INTEGRADO DE CUIDADOS EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- CO 121** DETERMINANTES DE DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO
- CO 122** RISCO NUTRICIONAL EM MEDICINA INTERNA: DISCREPÂNCIA ENTRE REGISTO CLÍNICO E CODIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA
- CO 123** CASUÍSTICA DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS VIRAIS EM ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA NO ANO DE 2025
- CO 124** A RESISTÊNCIA À INSULINA AFETA A RIGIDEZ ARTERIAL
- CO 125** IMPACTO DA ALERGIA A FÁRMACOS NA MORTALIDADE E DURAÇÃO DO INTERNAMENTO: COORTE RETROSPECTIVA
- CO 126** WHO DO WE MISS? CLINICAL AND PROFESSIONAL FACTORS INFLUENCING THE RECOGNITION OF PALLIATIVE NEEDS
- CO 127** FORMAÇÃO MÉDICA PRÉ-GRADUADA EM MEDICINA INTERNA: RELEVÂNCIA DA MENTORIA NA ESCOLHA DA ESPECIALIDADE
- CO 128** SCREENING FOR PALLIATIVE NEEDS: CAN WE RELY ON PHYSICIANS' AND NURSES' INTUITION?
- CO 129** DOUBLE TROUBLE: RISK FACTORS FOR CONTRALATERAL HIP FRACTURES FOLLOWING INITIAL INJURY
- CO 130** CARATERIZAÇÃO DE NONAGENÁRIOS E CENTENÁRIOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
- CO 131** CENTENÁRIOS INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA: CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO EXCEPCIONAL
- CO 132** EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: LICENÇA PARA MATAR
- CO 133** INFECÇÃO SARS-COV2 COM MANIFESTAÇÃO ISQUÊMICA ACRAL
- CO 134** REATIVAÇÃO DA HEPATITE B QUAL O CULPADO?
- CO 135** ENDOCARDITE POR COXIELLA BURNETII: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- CO 136** ARTRITE SÉPTICA CERVICAL: UMA CAUSA RARA DE CERVICALGIA
- CO 137** O IMPORTANTE PAPEL DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DA ESPONDILODISCITE
- CO 138** ADENOPATIA NEM SEMPRE É SINÓNIMO DE NEOPLASIA!
- CO 139** QUANDO UMA DOENÇA ESCONDE A OUTRA
- CO 140** TUBERCULOSE DA COLUNA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO (E TERAPÊUTICO)
- CO 141** DOENÇA DE POTT CERVICAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE TUBERCULOSE DISSEMINADA
- CO 142** TOXICIDADE GRAVE AO LINEZOLIDE: OS RISCOS DO TRATAMENTO PROLONGADO
- CO 143** QUANDO NEM TUDO É CARCINOMATOSE: UM CASO DE TUBERCULOSE PERITONEAL
- CO 144** SÍFILIS OCULAR COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE INFECÇÃO POR VIH
- CO 145** PARAGANGLIONOMA: QUANDO UM TUMOR RARO SE REVELA
- CO 146** SÍNDROME NEFRÓTICO E HIPONATREMIA COMO MANIFESTAÇÕES INAUGURAIS DE NEOPLASIA OCULTA
- CO 147** PEDIDO DE SEDAÇÃO EM DOENTE ONCOLÓGICO: DOR TOTAL OU FALSA REFRACTORIEDADE?
- CO 148** HEPATITE COM POLISSEROSITE: INFECÇÃO COMO GATILHO DE UMA ENTIDADE AINDA DESCONHECIDA?
- CO 149** DELÍRIO DE INFESTAÇÃO PARASITÁRIA ASSOCIADO A CLARITROMICINA
- CO 150** UM ABCESSO CEREBRAL RECORRENTE COMO MANIFESTAÇÃO DE TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA
- CO 151** ADENOPATIA CERVICAL FEBRIL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO DE DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO

- CO 152** A PEÇA QUE FALTAVA NO PUZZLE NEUROLÓGICO!
- CO 153** QUILOPERITONEU COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA FOLICULAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- CO 154** TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL: A PONTA DO ICEBERGUE DE UMA NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA JAK2+
- CO 155** INTERAÇÃO ENTRE METABOLISMO DO FERRO E EXPRESSÃO CLÍNICA DA PORFIRIA CUTÂNEA TARDA: RELATO DE CASO
- CO 156** AMILOIDOSE AL CARDÍACA: QUANDO A CINTIGRAFIA NÃO É SUFICIENTE
- CO 157** UM ACHADO PARANORMAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE PARAGANGLIOMA
- CO 158** SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA ASSOCIADA A RICKETTSIOSE: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE DOENÇA INFECCIOSA
- CO 159** MIELOFIBROSE NA NEOPLASIA DA MAMA: PERCURSO DIAGNÓSTICO DE BICITOPÊNIA
- CO 160** PARA ALÉM DA PIELONEFRITE. DA INFEÇÃO À HIPERINFLAMAÇÃO UM CASO DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA
- CO 161** UM CASO DE LINFOMA FOLICULAR E PROVÁVEL NEOPLASIA PULMONAR
- CO 162** LINFOMA B DE ALTO GRAU COM APRESENTAÇÃO ORBITÁRIA E CUTÂNEA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- CO 163** DE LEUCOPLASIA BENIGNA A CARCINOMA DA LÍNGUA: A IMPORTÂNCIA DA PERSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA
- CO 164** ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE SECUNDÁRIA A SÍNDROME MIELODISPLÁSICA
- CO 165** MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA SECUNDÁRIA A ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
- CO 166** SÍNDROME DE CUSHING POR PRODUÇÃO ECTÓPICA DE ACTH UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- CO 167** MASSA SUBMANDIBULAR COMO CAUSA DE BRADICARDIA POSICIONAL: A DESCRIÇÃO DE UMA CAUSA RARA DE LIPOTÍMIA
- CO 168** MIELOMA MÚLTIPLO COM ENVOLVIMENTO VERTEBRAL E COMPRESSÃO MEDULAR: UM CASO CLÍNICO
- CO 169** ALERGIA AOS CONTRACETIVOS? DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDÔMEN AGUDO
- CO 170** HEMOPHAGOCYTIC LYMPHOHISTIOCYTOSIS: TWO DIFFERENT ETIOLOGIES ILLUSTRATING THE DIAGNOSTIC CHALLENGE
- CO 171** QUANDO NÃO É UM AVC: APOPLEXIA HIPOFISÁRIA COMO URGÊNCIA ENDOCRINOLÓGICA
- CO 172** HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA NO ADULTO JOVEM: A IMPORTÂNCIA DE REPENSAR O DIAGNÓSTICO
- CO 173** EOSINOFILIA MARCADA E COMPROMISSO CARDÍACO: ALÉM DA COINCIDÊNCIA.
- CO 174** LINFOHISTIOCILOSE HEMOFAGOCÍTICA ASSOCIADA AO VÍRUS EPSTEIN-BARR COM RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA
- CO 175** BEYOND DISEASE ACTIVITY SCALES: CYTOKINES AND PATIENT-REPORTED BURDEN IN SLE — THE CORIOLIS STUDY
- CO 176** ST2 – BIOMARCADOR A CONSIDERAR NO PROGNÓSTICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA? DADOS DO ESTUDO ROAD-HF
- CO 177** NÍVEIS PLASMÁTICOS DE HOMOCISTEÍNA E RISCO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA
- CO 178** A IMPORTÂNCIA DA GENÉTICA NO DESENVOLVIMENTO DA INSULINORRESISTÊNCIA
- CO 179** TEMPO E COMPLEXIDADE: DETERMINANTES DOS ENCARGOS ECONÓMICOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA
- CO 180** IMPACTO DO SEGUIMENTO EM CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISE EXPLORATÓRIA

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PAG. 120

- POA 01** NEM TUDO É RABDOMIÓLISE: MIOSITE NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA ASSOCIADA A ESTATINAS
- POA 02** MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA MEDIADA POR COMPLEMENTO EM DOENTE COM DOENÇA RELACIONADA COM IGG4
- POA 03** ESTENOSE URETERAL INFLAMATÓRIA: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO ESPECTRO DA VASCULITE ANCA-MPO
- POA 04** DA AUTOIMUNIDADE À VASCULOPATIA: UM PERCURSO DIAGNÓSTICO COMPLEXO NA DMTc
- POA 05** PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA SECUNDÁRIA A LÚPUS ERMATEMATOSO SISTÊMICO COM ISQUÊMIA MULTIÓRGÃO
- POA 06** DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA POR ANTI-MDA5 UM CASO DE DISPNEIA
- POA 07** ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÔNICA
- POA 08** CÉREBRO EM CHAMAS”: ENCEFALITE POR PEMBROLIZUMAB OU SÍNDROME PARANEOPLASICO?
- POA 09** TAKOTSUBO COM CHOQUE CARDIOGÊNICO: PAPEL DO DÉFICE DE COENZIMA Q10
- POA 10** SÍNDROME PLATIPNEIA-ORTODEOXIA: A PROPÓSITO DE UM CASO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA POSICIONAL
- POA 11** EDEMA AGUDO DO PULMÃO RECORRENTE APÓS ENFARTE: UM SINAL DE COMPLICAÇÃO MECÂNICA RARA
- POA 12** CTEPH AVANÇADA: BENEFÍCIO DA TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR
- POA 13** QUANDO A “EPILEPSIA” NÃO É NEUROLÓGICA: SÍNDROME DE QT LONGO COMO CAUSA DE SÍNCOPE RECORRENTE
- POA 14** DOR ABDOMINAL QUE CHEGA AO CORAÇÃO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NO IDOSO
- POA 15** “DE RIR ATÉ CORTAR A RESPIRAÇÃO”: FENÔMENOS TROMBOEMBÓLICOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÓXIDO NITROSO
- POA 16** DERRAME PERICÁRDICO ASSOCIADO A PECTUS EXCAVATUM
- POA 17** ABCESSO CEREBELAR POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS: DA FLORA COMENSAL AO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- POA 18** ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- POA 19** NEURITE ÓPTICA RECORRENTE NO JOVEM: QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO É ESCLEROSE MÚLTIPLA – UM CASO DE MOGAD
- POA 20** NECK TWIST, BRAIN RISK – UM CASO DE DISSEÇÃO VERTEBRAL APÓS MANIPULAÇÃO CERVICAL

- POA 21 TROMBOSE VENOSA CEREBRAL COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NÃO CONTROLADA
- POA 22 PERCHERON: RÉDEA CURTA NO TÁLAMO
- POA 23 PERDA SÚBITA DE VISÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM SINAL DE ALERTA PARA ESCLEROSE MÚLTIPLA
- POA 24 QUANDO SUSPEITAR DE MIOPATIAS HEREDITÁRIAS
- POA 25 CRISE DE COPROPORFIRIA HEREDITÁRIA APÓS BYPASS GÁSTRICO: UM DIAGNÓSTICO INAUGURAL INESPERADO
- POA 26 ELEVAÇÃO DA FOSFATASE ALCALINA – BENIGNO OU MALIGNO?
- POA 27 ALÉM DO PESCOÇO: CARCINOMA DA TIRÓIDE COM APRESENTAÇÃO METASTÁTICA INCOMUM
- POA 28 HIPOGLICEMIA PÓS-PRANDIAL PÓS-BYPASS GÁSTRICO: DUMPING TARDIO REFRATÁRIO
- POA 29 DA CETOACIDOSE DIABÉTICA AO DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE NEOPLASIA PANCREÁTICA
- POA 30 DE “HEPATITE” À MIOPATIA METABÓLICA: UM CASO DE DOENÇA DE MCARDLE
- POA 31 SÍNDROME MARCHIAFAVA-BIGNAMI: CASO CLÍNICO
- POA 32 O LABIRINTO DO CANSAÇO: QUANDO A DOENÇA DE MCARDLE SE ESCONDE NA INFÂNCIA
- POA 33 DILI POR NITROFURANTOÍNA COM FENÓTIPO AUTOIMUNE-LIKE
- POA 34 UM CASO DE DIARREIA FERROPÊNICA
- POA 35 PANCREATITE CRÔNICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA DISPEPSIA E DIARREIA REFRATÁRIA
- POA 36 SCHISTOSOMÍASE COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- POA 37 HEPATITE C, DO ANTICORPO AO DIAGNÓSTICO: CURA ESPONTÂNEA COMO ACHADO ACIDENTAL
- POA 38 NEUTROPENIA FEBRIL COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DO DÉFICE DE VITAMINA B12
- POA 39 HEPATITE AUTOIMUNE COM APRESENTAÇÃO AGUDA: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE
- POA 40 ENTRE O FÍGADO E O PULMÃO: UM SHUNT INVISÍVEL
- POA 41 UMA CAUSA EXCECIONAL DE PNEUMOPERICÁRDIO
- POA 42 DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME FEBRIL COM ADENOPATIAS CERVICAIS
- POA 43 TELANGIECTASIA MACULARIS ERUPTIVA PERSTANS: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE MASTOCITOSE CUTÂNEA
- POA 44 OSTEOPOROSE NUM DOENTE JOVEM COMO MANIFESTAÇÃO DE MASTOCITOSE SISTÊMICA
- POA 45 HIPERTENSÃO PORTAL E DERMATOSE BOLHOSA IGA LINEAR: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE MIELOFIBROSE PRIMÁRIA
- POA 46 DEGENERESCÊNCIA CEREBELOSA ANTI-YO EM CARCINOMA DO OVÁRIO: INTEGRAÇÃO PRECOCE EM CUIDADOS PALIATIVOS
- POA 47 ENTRE PLAQUETAS E PERCALÇOS: UMA TROMBOCITOSE ESSENCIAL EM IDADE AVANÇADA
- POA 48 LESÃO RENAL AGUDA E HIPERCALCEMIA: MANIFESTAÇÕES INICIAIS DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B
- POA 49 AUTOIMUNIDADE COMO PRIMEIRA PISTA ONCOLÓGICA
- POA 50 AMILOIDOSE AL KAPPA: QUANDO A SUSPEIÇÃO CLÍNICA ULTRAPASSA OS PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS
- POA 51 SÍNDROME DE TROUSSEAU: QUANDO NEM A HIPOCOAGULAÇÃO EVITA UM DESFECHO CATASTRÓFICO
- POA 52 UM CASO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR PROVIDENCIAL
- POA 53 TIC TAC: FOI POR UM SOPRO...
- POA 54 GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL A MIMETIZAR NEOPLASIA DA SUPRARRENAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- POA 55 SÍNDROME DE AGLUTININAS FRIAS SECUNDÁRIA A RINOVÍRUS
- POA 56 ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EM DOENTE COM CANCRO DE MAMA: UM CASO CLÍNICO
- POA 57 QUANDO A SEROLOGIA FALHA: CRISE CONVULSIVA COMO APRESENTAÇÃO DA DOENÇA DE WEIL
- POA 58 NOCARDIOSE PULMONAR A MIMETIZAR NEOPLASIA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
- POA 59 HEPATITE B AGUDA: UM CASO IMPORTADO
- POA 60 ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA EM DOENTE COM LINFOMA: UM LÍQUOR “INOCENTE” NÃO EXCLUI INFECÇÃO
- POA 61 NÓDULOS HEPÁTICOS E SÍNDROME CONSTITUCIONAL ALÉM DA ETIOLOGIA NEOPLÁSICA
- POA 62 UM VÍRUS ESCONDIDO, UM FUNGO REVELADOR: 3 CASOS DE MENINGITE CRIPTOCÓCICA COMO APRESENTAÇÃO DE VIH
- POA 63 PNEUMONIA NECROTIZANTE E COLITE INFECIOSA: DESAFIO DIAGNÓSTICO DE SÉPSIS MULTIFOCAL
- POA 64 NEM TUDO O QUE PARECE AVC É: ENCEFALOPATIA FEBRIL COM SEROLOGIA SUGESTIVA DE RUBÉOLA NUM ADULTO
- POA 65 DERMATOMIOSITE ANTI-MI2+: A GRAVIDADE NO ESPECTRO DO BOM PROGNÓSTICO
- POA 66 MIOPATIA E MIOCARDITE: SÍNDROME ANTISSINTETASE ANTI-ZO
- POA 67 UM CASO DE “DROP NECK” E RABDÓMIOLISE REFRATÁRIA
- POA 68 PERICARDITE RECORRENTE EM JOVEM COM DOENÇA DE SJÖGREN PRIMÁRIA
- POA 69 EMBOLIA PARADOXAL COMO CAUSA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA
- POA 70 ANOREXIA NERVOSA OU DOENÇA SISTÊMICA? UM CASO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NUMA DOENTE JOVEM
- POA 71 FENÓMENO DE RAYNAUD COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE SÍNDROME ANTISSINTETASE
- POA 72 HEPATOESPLENOMEGALIA MACIÇA: UM MIMETISMO LINFOPROLIFERATIVO

- POA 73 DISFAGIA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOFOSFATEMIA: UM DIAGNÓSTICO REVERSÍVEL
- POA 74 CRISE PARATIROIDEIA POR ADENOMA: DO RISCO VITAL À SÍNDROME DE HUNGRY BONE
- POA 75 TROMBOEMBOLIA PULMONAR POR HIPERVISCOSIDADE: UMA COMPLICAÇÃO IATROGÊNICA DA SÍNDROME DE KLINEFELTER
- POA 76 ALCAPTONÚRIA – UMA CAUSA RARA DE ARTRALGIAS
- POA 77 DIABETES INSÍPIDA NEFROGÊNICA UMA CAUSA DE HIPONATRÊMIA OU DE HIPERNATRÊMIA?
- POA 78 O PREÇO METABÓLICO DO SUCESSO BARIÁTRICO: UM CASO DE SÍNCOPE RECORRENTE
- POA 79 PEQUENAS SURPRESAS E UMA SÍNDROME RARA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO
- POA 80 CATARATAS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA DO PULMÃO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- POA 81 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR POR LINFOMA MEDIASTÍNICO: O DESAFIO DIAGNÓSTICO
- POA 82 ASCITE MALIGNA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO
- POA 83 ANEMIA POR DÉFICE DE B12: UMA APRESENTAÇÃO POUCO COMUM
- POA 84 OLHOS QUE NÃO VEEM, HISTOLOGIA QUE SENTE
- POA 85 SÍNDROME TROMBÓTICO-CONSUMPTIVO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO
- POA 86 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA PULMONAR
- POA 87 ADENOCARCINOMA DUODENOJEJUNAL COMO CAUSA DE ANEMIA FERROPÊNICA: UM DIAGNÓSTICO RARO
- POA 88 EVENTOS TROMBÓTICOS MULTISSISTÊMICOS: O PAPEL DAS MASTOCITOSE SISTÊMICA RELATO DE CASO
- POA 89 POLIGLOBULIA PERSISTENTE: QUANDO A CAUSA NÃO É EVIDENTE
- POA 90 COMPRESSÃO MEDULAR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO.
- POA 91 QUANDO A ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE PRECEDE O DIAGNÓSTICO DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO
- POA 92 HIPEREOSINOFÍLIA E FEBRE: SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO INAUGURAL NUMA LEUCEMIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA
- POA 93 JELLY BELLY
- POA 94 QUANDO A ERITROPOIESE ENTRA EM PAUSA
- POA 95 VALPROATO E PANCITOPENIA: UMA COMPLICAÇÃO RARA COM APRESENTAÇÃO DRAMÁTICA
- POA 96 UMA DOENÇA, MÚLTIPLAS MANIFESTAÇÕES: AMILOIDOSE SISTÊMICA AL
- POA 97 DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO COM ENVOLVIMENTO PULMONAR – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
- POA 98 ADENOPATIAS E FEBRE UM CASO RARO
- POA 99 UM QUADRO INESPECÍFICO – IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
- POA 100 A IMPORTÂNCIA DA INDIVIDUALIZAÇÃO DE CUIDADOS EM FIM DE VIDA
- POA 101 FAVISMO COMO CAUSA DE ICTERÍCIA HEMOLÍTICA NO ADULTO: UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR
- POA 102 TRICOLEUCEMIA COMO CAUSA DE PANCITOPENIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- POA 103 HANGING BY A PLATELET!
- POA 104 UM CASO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGRAVADA POR DISFUNÇÃO PLAQUETÁRIA
- POA 105 CARCINOMA HEPATOCELULAR EM FÍGADO NÃO CIRRÓTICO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- POA 106 SPONTANEOUS FUNCTIONAL CURE OF CHRONIC HEPATITIS B IN A 82-YEAR-OLD WOMAN
- POA 107 MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA RENAL COMO APRESENTAÇÃO DE ACIDEMIA METILMALÔNICA EM IDADE ADULTA
- POA 108 HIPERNATREMIA SOB LÍTIO: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO DECLÍNIO COGNITIVO
- POA 109 ENFISEMA BOLHOSO GIGANTE IDIOPÁTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- POA 110 ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA CAVITADA EM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDO: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE
- POA 111 QUANDO UM ASPERGILOMA ESCONDE UM CARCINOMA PLEOMÓRFICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- POA 112 CHOQUE ANAFILÁTICO OU MAL ASMÁTICO?
- POA 113 ACTINOMICOSE PULMONAR CAVITADA E PROGRESSÃO LINFOMATOSA: UM DIAGNÓSTICO LABORIOSO
- POA 114 ESPESSAMENTO PLEURAL E PERITONEAL: CARCINOMATOSE OU TUBERCULOSE? UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- POA 115 DUAS NEOPLASIAS RARAS EM DOENTE COM VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
- POA 116 DA INCERTEZA AO DIAGNÓSTICO: UMA CAUSA ESQUECIDA DE EMAGRECIMENTO
- POA 117 DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO: UM RESGATE FELINO COM CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS
- POA 118 TB OR NOT TB
- POA 119 CELULITE ATÍPICA: DESMASCARANDO UM CASO DE TUBERCULOSE CUTÂNEA
- POA 120 HEPATITE AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍFILIS SECUNDÁRIA: UM CASO CLÍNICO
- POA 121 SÍFILIS SECUNDÁRIA COMO CAUSA REVERSÍVEL DE SÍNDROME NEFRÓTICA
- POA 122 QUANDO UMA SINUSITE SE TORNA UMA EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA
- POA 123 DO ERITEMA MIGRANS AO ENVOLVIMENTO MULTISSISTÊMICO: QUANDO A CLÍNICA VAI ALÉM DA PELE
- POA 124 HEPATITE E: UMA CAUSA SUBDIAGNOSTICADA DE HEPATITE AGUDA

- POA 125 QUANDO O EXANTEMA CHEGA DEPOIS: PNEUMONIA POR VARICELA COM APRESENTAÇÃO INESPECÍFICA
- POA 126 UM CASO RARO DE BACTERIEMIA POR CAMPYLOBACTER FETUS
- POA 127 MAGNUSIOMYCES CAPITATUS: INFECÇÃO OPORTUNISTA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE
- POA 128 ESPIROQUETOSE INTESTINAL COMO CAUSA RARA DE DIARREIA CRÔNICA
- POA 129 HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO SINTOMÁTICO- APRESENTAÇÃO ATÍPICA
- POA 130 INTOXICAÇÃO POR VITAMINA D COMO CAUSA RARA DE HIPERCALCEMIA GRAVE
- POA 131 MASSA DO MEDIASTINO ANTERIOR: UM DIAGNÓSTICO RARO
- POA 132 INTOXICAÇÃO POR VITAMINA A COMO CAUSA RARA DE HIPERCALCEMIA
- POA 133 SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICA DE ORIGEM HEPÁTICA: COMPLEXIDADE DIAGNÓSTICA E DESAFIO TERAPÊUTICO
- POA 134 ALÉM DO DISTÚRPIO ELETROLÍTICO: HIPOCALIEMIA COMO PISTA PARA SÍNDROME DE CUSHING PARANEOPLÁSICO
- POA 135 DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA DE ACIL-COA DESIDROGENASES (MADD): UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- POA 136 QUANDO NEM TUDO É METASTIZAÇÃO
- POA 137 UMA ESCOLHA INCOMUM E UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA: LESÃO HEPÁTICA POR COTRIMOXAZOL
- POA 138 LESÃO HEPÁTICA AGUDA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE DRESS: DESAFIO DIAGNÓSTICO
- POA 139 FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÔNICA POR HEPATITE AUTOIMUNE COM TRANSPLANTE URGENTE
- POA 140 ENIGMA DIAGNÓSTICO DE UM NÓDULO HEPÁTICO NUM DOENTE CIRRÓTICO
- POA 141 A OUTRA FACE DOS INIBIDORES SGLT2: DILI PROVÁVEL ASSOCIADA À DAPAGLIFLOZINA
- POA 142 HEPATITE AGUDA POR ESTERÓIDES ANABOLIZANTES
- POA 143 PÂNCREAS ANULAR SILENCIOSO ATÉ À IDADE ADULTA – UM CASO RARO
- POA 144 DOENÇA EOSINOFÍLICA GASTROINTESTINAL CASO CLÍNICO
- POA 145 VASCULITE INDUZIDA PELO FRIO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM
- POA 146 ENTRE A TROMBOSE E A HEMORRAGIA: O PARADOXO HEMOSTÁTICO NA TROMBOCITOSE ESSENCIAL
- POA 147 PRIAPISMO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA PHILADELPHIA POSITIVA
- POA 148 QUANDO O ANTECEDENTE AJUDA NO DIAGNÓSTICO
- POA 149 VIÉS DE CONFIRMAÇÃO: QUANDO A “ÚLCERA” É UM LINFOMA DE GRANDES CÉLULAS B
- POA 151 DRENO PLEURAL TUNELIZADO: ESTRATÉGIA EFICAZ NA GESTÃO DO DERRAME PLEURAL MALIGNO EM AMBULATÓRIO
- POA 152 METÁSTASE ÓSSEA SOLITÁRIA TARDIA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS 20 ANOS APÓS NEFRECTOMIA
- POA 153 INSTILAÇÃO DE BCG: UMA CAUSA INCOMUM DE INFLAMAÇÃO GRANULOMATOSA RENAL
- POA 154 MASTOCITOSE SISTÊMICA: PARA ALÉM DE UMA PNEUMONIA, UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- POA 155 LINFOMA COM INFILTRAÇÃO CARDÍACA E HIPOFISÁRIA: UMA APRESENTAÇÃO EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA
- POA 156 QUANDO O CONTEXTO REDIFINE O DIAGNÓSTICO: DOIS CASOS DE INFILTRADOS PULMONARES NO DOENTE ONCOLÓGICO
- POA 157 BLOQUEIO DO NERVO ÍMPAR NA DOR ANORRETAL REFRATÁRIA DA NEOPLASIA PROSTÁTICA AVANÇADA
- POA 158 A VERDADE QUE NÃO CRESCER EM PLACA: QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO SE DEIXA CULTIVAR
- POA 159 DAS CORDAS VOCAIS AO OSSO: OSTEONECROSE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE CARCINOMA ESPINHOCELULAR
- POA 160 O QUE OS DOENTES NOS ESCONDEM NA CONSULTA: ACHADO ACIDENTAL DE MASSA INGUINAL
- POA 161 DILEMAS CLÍNICOS E ÉTICOS: NEFRECTOMIZAR OU NÃO NEFRECTOMIZAR NO TRATAMENTO DE CARCINOMA RENAL
- POA 162 DESAFIO À INTEGRAÇÃO CLÍNICA NUMA NEOPLASIA DISSEMINADA
- POA 163 DA TROMBOCITOSE AO DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSE AL SISTÊMICA
- POA 164 SARCOMA SINOVIAL DO MEDIASTINO POSTERIOR COM SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO RARO
- POA 165 SÍNDROME DE HEYDE UM DIAGNÓSTICO AINDA ESQUECIDO
- POA 166 TROMBOSE DA VEIA PORTA E MESENTÉRICA SUPERIOR ASSOCIADA À TROMBOCITOSE: O PAPEL DA MUTAÇÃO JAK-2
- POA 167 NEM SEMPRE É INFECÇÃO: INFLAMAÇÃO SISTÊMICA COMO SINAL DE ALARME
- POA 168 LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA T COM LINFOCITOSE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA: UM CASO CLÍNICO RARO.
- POA 169 SÍNDROME DE AUSTRIAN: A TRIÁDE MORTAL DA DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA
- POA 170 PNEUMOCISTOSE EM DOENTE COM NEOPLASIA DO CÓLON: DESAFIO FORA DO ESPECTRO DA IMUNOSSUPRESSÃO CLÁSSICA
- POA 171 O SILÊNCIO DE UMA INFECÇÃO COM ATINGIMENTO SISTÊMICO
- POA 172 UMA ARTRITE DISFARÇADA A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO
- POA 173 DA NEUTROPENIA FEBRIL À ENDOCARDITE: UM PERCURSO CLÍNICO DESAFIANTE
- POA 174 SÍNDROME DE WEIL – UM CASO DE COMPROMISSO MULTIORGÂNICO
- POA 175 SARAMPO DOENÇA ERRADICADA... MAS A NÃO DESCONSIDERAR!
- POA 176 HEPATITE E: A ETIOLOGIA ESQUECIDA DA HEPATITE AGUDA
- POA 177 WHEN DEMENTIA IS NOT DEMENTIA: UNMASKING DISSEMINATED S. AUREUS INFECTION IN AN ELDERLY PATIENT

POA 178 PNEUMONIA BILATERAL NUM JOVEM: PENSAR ALÉM DA INFECÇÃO

POA 179 QUANDO O DELIRIUM ESCONDE UMA ESPONDILODISCITE

POA 180 PAROTIDITE SUPURATIVA POR MSSA: UMA COMPLICAÇÃO ESQUECIDA DO VÍRUS INFLUENZA A

POA 181 “INFECÇÃO DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR: UM CASO RARO DE ARTRITE SÉPTICA”

POA 182 DE TRATAMENTO CONSERVADOR A CIRÚRGICO: DESAFIO NA GESTÃO DO MAL DE POTT

POA 183 ASPERGIOSE PULMONAR INVASIVA COM ENVOLVIMENTO TRAQUEOBRÔNQUICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

POA 184 QUANDO UMA FEBRE ARRASTADA SE TRADUZ NUMA ENDOCARDITE POR AGENTE RARO

POA 185 O OUTRO LADO DO ARTESUNATO: HEMÓLISE TARDIA APÓS TRATAMENTO DE MALÁRIA POR PLASMODIUM FALCIPARUM

POA 186 ROMBOENCEFALITE POR VÍRUS DE EPSTEIN-BARR

POA 187 TUBERCULOSE ESTERNAL ISOLADA EM ADULTO JOVEM IMUNOCOMPETENTE

POA 188 RECIDIVA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM DOENTE COM INFECÇÃO POR VIH

POA 189 ALÉM DAS MENINGES: A LESÃO MEDULAR NA TUBERCULOSE

POA 190 ARTRITE SÉPTICA DAS ARTICULAÇÕES FACETÁRIAS: DESAFIO DIAGNÓSTICO NA LOMBALGIA FEBRIL

POA 191 BACTERIEMIA A E. COLI RECORRENTE COM DISSEMINAÇÃO METASTÁTICA: A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DE FOCO

POA 192 QUANDO O CÉREBRO CEDE: ABCESSOS RAROS POR NOCARDIA EM IMUNOSSUPRIMIDO

POA 193 DESNERVAÇÃO DAS ARTÉRIAS RENAI: UM ANO DE EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL DISTRITAL

POA 194 IMPACTO DE UM PROGRAMA DE TELEMONITORIZAÇÃO NO SEGUIMENTO DE DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

POA 195 INIBIDORES DA PCSK9 EM PRÁTICA CLÍNICA REAL: RESULTADOS DE CINCO ANOS NUMA COORTE UNICÊNTRICA

POA 196 PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME BRASH NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

POA 197 MELHORIA, REMISSÃO OU RECUPERAÇÃO DA FEVE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA? DADOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

POA 198 A EVOLUÇÃO DA SÍNDROME DE BRASH É PIOR NA PRESENÇA DE BRADICARDIA EXTREMA?

POA 199 DIAGNOSIS OF CHRONIC THROMBOEMBOLIC PULMONARY HYPERTENSION OVER TIME: ARE WE DETECTING IT EARLIER?

POA 200 DO ALVO AO TRATAMENTO ESTARÃO OS DOENTES BEM MEDICADOS?

POA 201 DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA EM ADULTOS INTERNADOS: PERFIL E COMPLICAÇÕES

POA 202 EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EM MEDICINA INTERNA

POA 203 PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI, CASUÍSTICA NA POPULAÇÃO VIH E NÃO-VIH

POA 204 A EXPERIÊNCIA DO USO DE REMDESIVIR EM DOENTES COVID-19 NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

POA 205 MORTALIDADE AOS 3 MESES APÓS INTERNAMENTO POR PATOLOGIA INFECIOSA

POA 206 ESPONDILODISCITE INFECIOSA: 3 ANOS DE INTERNAMENTO

POA 207 ANTIBIOTERAPIA NÃO CARBAPENEM EM INFECÇÕES ESBL+: ALTERNATIVA SEGURA?

POA 208 INFECÇÃO POR INFLUENZA A EM DUAS ÉPOCAS SAZONAIS: ANÁLISE COMPARATIVA DE UMA COORTE HOSPITALAR

POA 209 MORBIMORTALIDADE NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: O QUE ESTÁ POR DETRÁS DE ÓBITOS NÃO ESPERADOS?

POA 210 INTEGRATED GERIATRIC-NEUROSURGERY CARE PATHWAYS IN SOUTH-WEST EUROPE: THE GENEUS PROJECT

POA 211 DO HOSPITAL À COMUNIDADE: CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO PÓS-ALTA DE DOENTES EM MEDICINA INTERNA

POA 212 PRIMEIROS 18 MESES DE UMA PEQUENA UNIDADE DE AVC: RETRATO CLÍNICO DE 481 DOENTES COM AVC ISQUÉMICO

POA 213 PAPEL DO INTERNISTA NA FRATURA PROXIMAL DO FÉMUR: ESTUDO PROSPETIVO

POA 214 CONSULTORIA DE MEDICINA INTERNA: A VERSATILIDADE DE UMA ESPECIALIDADE TRANSVERSAL NO HOSPITAL

POA 215 CATETERIZAÇÃO VESICAL E COMPLICAÇÕES URINÁRIAS NO INTERNAMENTO: EXPERIÊNCIA DE MEDICINA INTERNA

POA 216 UTILIZAÇÃO DA Sonda NASOGÁSTRICA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

POA 217 RITUXIMAB EM DOENÇAS NÃO ONCOLÓGICAS EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

POA 218 A SÍNDROME BRASH ESTÁ ASSOCIADA COM A MORTALIDADE A LONGO-PRAZO?

POA 219 OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO EM DOENTES COM DEMÊNCIA: PERFIL, INDICAÇÕES, RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

POA 220 DE BASAL-BÓLUS A SPCI INTEGRADO: O PERFIL LIPÍDICO ACOMPANHA A EVOLUÇÃO DO CONTROLO GLICÉMICO?

POA 221 ANÁLISE DESCRITIVA DE DOENTES COM AMILOIDOSE AL COM DISFUNÇÃO RENAL

POA 222 PERFIL CLÍNICO DOS DOENTES INTERNADOS COM GRIPE A

POA 223 PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO E ANTIBIOTERAPIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

POA 224 PERCEÇÃO DOS INTERNOS DE MEDICINA SOBRE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA EM PORTUGAL

POA 225 A SÍNDROME BRASH É UM PREDITOR INDEPENDENTE DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR?

POA 227 A MEDICINA INTERNA NA GESTÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO EM INTERNAMENTO: CASUÍSTICA DE 1 ANO

POA 228 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-ANALÍTICA DE DOENTES INTERNADOS POR MONONUCLEOSE INFECIOSA

POA 229 “FIRST DO NO HARM... TO THE KIDNEY” – LESÃO RENAL NOS PRIMEIROS DIAS DE INTERNAMENTO

POA 230 CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DOS DOENTES INTERNADOS NA MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL (GRUPO D)

POA 231 PROJETO DE APOIO DA MEDICINA INTERNA A ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

POA 232 ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE COAGULAÇÃO NO NOSSO HOSPITAL

POA 233 DIABETES MELLITUS E O CORAÇÃO UM DOCE PROBLEMA

POA 234 A DREPANOCITOSE ENTRE 2023-2024 NUM HOSPITAL DISTRITAL

POA 235 HOSPITALIZAÇÃO POR INFECÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES: PERFIL CLÍNICO E FATORES DE RISCO

POA 236 POLIFARMACIA, FRAGILIDADE E DELIRIUM: UMA INTERAÇÃO CRÍTICA E UM DESAFIO EMERGENTE NA GERIATRIA

POA 237 IMPACTO DA FRAGILIDADE NA MORTALIDADE DE DOENTES IDOSOS INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA

POA 238 DA URGÊNCIA À EQUIPA COMUNITÁRIA DE CUIDADOS PALIATIVOS: UM CAMINHO DIFERENTE MAS POSITIVO?

POA 239 DÉFICE DE VITAMINA D, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E MORTALIDADE EM DOENTES INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA

POA 240 MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: CASUÍSTICA DE 2023

POA 241 ENCEFALITE ASSOCIADA A ATEZOLIZUMAB UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

POA 242 NEM TODA A HEMIPARÉSIA É AVC – UM CASO DE NEUROMIELITE ÓPTICA

POA 243 UM DESAFIO DISAUTONÓMICO

POA 244 PRES ASSOCIADA A SHH: DESAFIOS TERAPÊUTICOS EM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR

POA 245 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DÉFICES NEUROLÓGICOS: NEM TUDO É ISQUÊMICO!

POA 246 CRISE CONVULSIVA SEM EPILEPSIA: RELATO DE UM CASO RARO

POA 247 HIPERGLICEMIA E MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS: UMA RELAÇÃO CLÍNICA E IMAGIOLÓGICA

POA 248 MENINGOENCEFALITE POR VÍRUS VARICELA-ZOSTER UMA COMPLICAÇÃO RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL

POA 249 RABDOMIÓLISE EXUBERANTE, CLÍNICA DISCRETA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

POA 250 DERRAME PLEURAL ATÍPICO

POA 251 QUANDO O TRATAMENTO DA HIPONATRÊMIA SE RESUME À TERAPÊUTICA COM CORTICOIDE

POA 252 LIPODISTROFIA GENERALIZADA AUTO-IMUNE

POA 253 HIPERCALCEMIA DA MALIGNIDADE: A IMPORTÂNCIA DE DEFINIR O MECANISMO

POA 254 QUANDO A GLICOSE NÃO É SUFICIENTE: HIPOGLICEMIA GRAVE E DEFICIÊNCIA DE TIAMINA

POA 255 PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CONTEXTO DE DOENÇA DE GRAVES: UMA APRESENTAÇÃO RARA

POA 256 COPROPORFIRIA HEREDITÁRIA NUMA JOVEM COM SINTOMATOLOGIA MULTISSISTÊMICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

POA 257 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE IGG4-RD MULTISSISTÊMICA

POA 258 TOXICIDADE IMUNOMEDIADA: UM CASO COM ENVOLVIMENTO MULTISSISTÊMICO

POA 259 MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA: IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE

POA 260 O EQUILÍBRIO DIFÍCIL: HIPOCOAGULAÇÃO NO SAAF DE ALTO RISCO COM ANGIECTASIAS SANGRANTES

POA 261 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM VASCULITE CUTÂNEA GRAVE E CRIOGLOBULINEMIA TIPO II: RELATO DE CASO

POA 262 A FACE REVERSA DA IMUNOTERAPIA UM CASO DE TOXICIDADE CUTÂNEA A PEMBROLIZUMAB

POA 263 SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: ENCRUZILHADA ENTRE NEUROSARCOIDOSE E TUBERCULOSE

POA 264 UMA EMERGÊNCIA RENAL COM CAUSA IMUNOLÓGICA

POA 265 MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA POR HIPERTENSÃO MALIGNA NUMA DOENTE JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

POA 266 NÃO ESQUECER O CORAÇÃO DIREITO! TEP CRÔNICO: ETIOLOGIA SUBDIAGNOSTICADA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

POA 267 HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

POA 268 UMA COMPLICAÇÃO RARA APÓS UM GESTO COMUM: EMBOLIA GASOSA VENOSA

POA 269 TAQUICARDIOMIOPATIA INDUZIDA POR ESTIMULANTES: ATÉ ONDE AGUENTA O CORAÇÃO?

POA 270 DISSEÇÃO AÓRTICA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA, MIMETIZANDO AVC

POA 271 DA ODINOFAGIA À CIRURGIA EMERGENTE: UM CASO DE DISSEÇÃO AÓRTICA TIPO A

POA 272 ENDOCARDITE POR STREPTOCOCCUS DYS GALACTIAE COM PERFURAÇÃO VALVULAR E DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA

POA 273 CEFALÉIA ORTOSTÁTICA, A CHAVE SEMIOLÓGICA

POA 274 APRESENTAÇÃO ASSIMÉTRICA E MULTIFOCAL DE UMA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

POA 275 UM AVC? OU ALGO MAIS?

POA 276 NÃO SE TRATAVA APENAS DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

POA 277 QUANDO A IMAGEM ENGANA – UM CASO DE ANGIOPATIA AMILOIDE

POA 278 SÍNDROME DE GERSTMANN: DA MATEMÁTICA À PONTA DOS DEDOS

POA 279 ENTRE A CRISE HIPERTENSIVA E O “DESMALHO”: O DESAFIO DE FICAR DE PÉ

POA 280 ANAPHYLACTOID REACTION AFTER ALTEPLASE ADMINISTRATION FOR ISCHEMIC STROKE TREATMENT

POA 281 TROMBOCITOPÊNIA IMUNE EM ADULTO: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

POA 282 MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA GÁSTRICO AVANÇADO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

- POA 283** UMA MASSA E UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- POA 284** QUANDO O INTESTINO PARA: ÍLEUS COMO MANIFESTAÇÃO DE PROGRESSÃO DE MIELOMA MÚLTIPO
- POA 285** TEMPESTADE INFLAMATÓRIA, RITMO EM CAOS: UM CASO DE SÍNDROME DE LIBERTAÇÃO DE CITOCINAS
- POA 286** DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA COM APRESENTAÇÃO ESPLÊNICA: UM CASO DE LINFOMA DA ZONA MARGINAL
- POA 287** LINFOMA NÃO-HODGKIN COM ENVOLVIMENTO GÁSTRICO: UMA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
- POA 288** QUANDO A IMUNIDADE SE TORNA DESTRUTIVA: SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDÁRIO A REATIVAÇÃO DO EBV
- POA 289** UM CASO RARO DE NEUTROPENIA IMUNOMEDIADA A PEMBROLIZUMAB
- POA 290** HEMOGLOBINA NAS ALTURAS: ERITROCITOSE SECUNDÁRIA TRANSITÓRIA HIPÓXICA NUM ESTUDANTE DE AVIAÇÃO
- POA 291** CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DO CÓLON: UM INIMIGO SILENCIOSO
- POA 292** HIPONATRÊMIA GRAVE E FRATURA DO FÉMUR: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA NEUROENDÓCRINO
- POA 293** APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B
- POA 294** QUANDO AS ADENOPATIAS CONTAM OUTRA HISTÓRIA CASO RARO DE LINFADENITE GRANULOMATOSA POR SILICONE
- POA 295** DESAFIOS DIAGNÓSTICOS NO PLASMOCITOMA: UM CASO DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM COMPROMETIMENTO MEDULAR
- POA 296** LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA A MIMETIZAR DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- POA 297** EXCESSO DE FERRO, FALTA DE AR: UM CASO CLÍNICO INESPERADO
- POA 298** ANEMIA HEMOLÍTICA COMO APRESENTAÇÃO RARA DE REAÇÃO ADVERSA AO CEFTRIAXONE
- POA 299** TROMBOSE DA VEIA RENAL NUMA MULHER JOVEM: MANIFESTAÇÃO DE TROMBOFILIA ASSOCIADA AO FATOR V DE LEIDEN
- POA 300** QUANDO UMA DOENÇA RARA NÃO É SUFICIENTE...
- POA 301** NO LABIRINTO DAS ADENOMEGALIAS: ENTRE O ETILISMO, A HEPATITE C E A DOENÇA ONCOLÓGICA
- POA 302** A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS
- POA 303** AVC RECORRENTE E CARCINOMA RENAL: O DESAFIO DA TROMBOFILIA ADQUIRIDA PARANEOPLÁSICA
- POA 304** QUANDO A SALMONELLA SE TORNA LETAL
- POA 305** SINTOMAS URINÁRIOS REFRACTÁRIOS NO IDOSO: UM CASO DE TUBERCULOSE
- POA 306** O INIMIGO IMPROVÁVEL: PSEUDOMONAS AERUGINOSA COM FOCO GASTROINTESTINAL EM NEUTROPENIA
- POA 307** CONFIAR NO DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL
- POA 308** ICTERÍCIA, LESÃO RENAL AGUDA E TROMBOCITOPENIA: ALERTA PARA LEPTOSPIROSE GRAVE
- POA 309** ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VÁLVULA PROTÉSICA POR BARTONELLA HENSELAE: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- POA 310** BACTERIÊMIA POR SALMONELLA COMO ETIOLOGIA DE ANEURISMA ILÍACO: RELATO DE UM CASO
- POA 311** TUBERCULOSE MULTISSISTÊMICA: COMPROMISSO PERICÁRDICO E ÓSSEO COM MICROBIOLOGIA NEGATIVA
- POA 312** ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO COM GENÉTICA ATÍPICA: O PAPEL DE SERPINA1 NA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA
- POA 313** AMILOIDOSE AA, UMA PISTA DIAGNÓSTICA
- POA 314** DA PELE AO FÍGADO: PRURIDO COMO PISTA PARA COLESTASE GRAVÍDICA
- POA 315** HEMATOMA INTRAMURAL DUODENAL APÓS COAGULAÇÃO COM ÁRGON PLASMA: UMA COMPLICAÇÃO ENDOSCÓPICA RARA
- POA 316** DO ACHADO INCIDENTAL AO DIAGNÓSTICO GENÉTICO: ESCALADA DIAGNÓSTICA NUM SÍNDROME MALFORMATIVO
- POA 317** SÍNDROME CONSUMPTIVO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL
- POA 318** COLITE AUTOIMUNE: UMA COMPLICAÇÃO IMUNOMEDIADA DOS INIBIDORES DE CHECKPOINT
- POA 319** INFLAMAÇÃO SISTÊMICA E EXPRESSÃO CUTÂNEA: PIODERMA GANGRENOSO ASSOCIADO A PROCTITE ULCEROSA

IMAGENS

PAG. 269

- IMG 01** DOENÇA DE MADELUNG
- IMG 02** “QUANDO O CORAÇÃO APERTA” – UM CASO DE PERICARDITE CONSTRICTIVA DE PROVÁVEL ETIOLOGIA NEOPLÁSICA
- IMG 03** LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO – UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL RECORRENTE
- IMG 04** A ASTENIA QUE ERA SARCOIDOSE PULMONAR
- IMG 05** BEHIND MUSCLE WEAKNESS: THINK POMPE!
- IMG 06** LESÃO PSEUDOTUMORAL COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA DESMIELINIZANTE
- IMG 07** ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL VOLUMOSO TROMBOSADO COMO ACHADO IMAGIOLÓGICO INCIDENTAL
- IMG 08** RIM PÉLVICO ECTÓPICO COM VASCULARIZAÇÃO ABERRANTE IDENTIFICADO EM ANGIO-TC
- IMG 09** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO PENETRANTE
- IMG 10** ESTOMATITE HERPÉTICA EM DOENTE IMUNODEPRIMIDA
- IMG 11** UMA NOVA SILHUETA INTRACARDÍACA: CONFIGURAÇÃO LEADLESS NO BAV SINTOMÁTICO
- IMG 12** PNEUMOTÓRAX LOCULADO INFETADO: PADRÃO IMAGIOLÓGICO ATÍPICO EM CONTEXTO SÉPTICO

IMG 13 UM DETALHE NA PELE!

IMG 14 QUANDO O TEGUMENTO DENUNCIA

IMG 15 UMA CAVIDADE QUE ENGANA

IMG 16 PSORÍASE ERITRODÉRMICA EM DOENTE COM INFECÇÃO VIH CONTROLADA

IMG 17 QUANDO A HIPOCOAGULAÇÃO NÃO É RESPONSÁVEL POR TUDO

IMG 18 CALCIFICAÇÃO PERICÁRDICA: UM ACHADO RADIOGRÁFICO COMO PONTE PARA O DIAGNÓSTICO

IMG 19 EMBOLIA GASOSA CEREBRAL: UMA EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA RARA

IMG 20 A PELE COMO PISTA DE DOENÇA SISTÊMICA

IMG 22 ENVOLVIMENTO CUTÂNEO DE UM LINFOMA NÃO HODGKIN DE PEQUENAS CÉLULAS B

IMG 23 HIPOGLICÊMIA PARANEOPLÁSICA NA RECIDIVA DE SARCOMA DE EWING

IMG 24 ENTRE CEFALÉIAS E TESOURAS: UM MENINGIOMA EM PLACA

IMG 25 LINGUAGEM EM JOGO: O ENIGMA DO PAC-MAN CEREBRAL

IMG 26 QUANDO O ÓBVIO NÃO É O DIAGNÓSTICO

IMG 27 QUANDO A TUBERCULOSE SE REVELA: O PODER DA IMAGEM

IMG 28 PADRÃO PERFEITO, FÁRMACO ERRADO: SDRIFE POR PENICILINA

IMG 29 SÍNDROME DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI COMO CAUSA DE ENCEFALOPATIA AGUDA

IMG 30 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PARCIALMENTE TROMBOSADA

IMG 31 DEFORMIDADE TARDIA: O LEGADO DA LEPROA

IMG 32 IATROGENIA RARA FALSO ANEURISMA DA RADIAL

IMG 33 DE OLHO NO PROBLEMA! UM CASO DE HEMORRAGIA RETINIANA NO CONTEXTO DE DISCRASIA HEMORRÁGICA

IMG 34 DISSEMINAÇÃO METASTÁTICA DIFUSA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR EM NÃO FUMADORA

IMG 35 RECORRÊNCIA DO SÍNDROME DE OGILVIE

IMG 36 ACHADOS IMAGIOLÓGICOS NUMA COMPLICAÇÃO RARA: CISTITE ENFISEMATOSA

IMG 37 QUANDO A GRIPE A REVELA UM ENFISEMA SILENCIOSO

IMG 38 O SILÊNCIO DE UMA “LARGADA DE BALÕES”

IMG 39 QUANDO A SÍNCOPE ESCONDE UMA EMERGÊNCIA AÓRTICA

IMG 40 ERITRODERMIA PSORIÁTICA

IMG 41 UM ACIDENTE DE CAÇA EM 1980 E UMA RADIOGRAFIA DE TÓRAX SURPREENDENTE

IMG 42 TROMBÓLISE OU NÃO, EIS A QUESTÃO!

IMG 43 UMA PNEUMONIA NA HORA CERTA

IMG 44 SILÊNCIO AUSCULTATÓRIO: PNEUMOTÓRAX EXTENSO À DIREITA

IMG 45 DISTENSÃO ABDOMINAL NO PÓS-OPERATÓRIO ORTOPÉDICO: UM CASO DE SÍNDROME DE OGILVIE

IMG 46 “TROMBO AÓRTICO MURAL PRIMÁRIO – UMA ENTIDADE RARA.”

IMG 47 UMA CAUSA INCOMUM DE DISPNEIA.

IMG 48 SÍNDROME DE MAY-THURNER: UMA CAUSA RARA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

IMG 49 AURÍCULA ESQUERDA GIGANTE: A EXPRESSÃO ESTRUTURAL TARDIA DA FEBRE REUMÁTICA

IMG 50 UMA MANIFESTAÇÃO IMAGIOLÓGICA EXUBERANTE

IMG 51 UM EXANTEMA TÍPICO

IMG 52 DISSEÇÃO AÓRTICA: QUANDO A TORACALGIA NÃO É ENFARTE

IMG 53 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL LOBAR COM NÍVEIS HEMÁTICO LÍQUIDO: UM ALERTA IMAGIOLÓGICO.

IMG 54 MASSAS ABDOMINAIS INCIDENTAIS NA URGÊNCIA: DUAS FACES DA MESMA APRESENTAÇÃO IMAGIOLÓGICA

IMG 55 ENFISEMA BOLHOSO GIGANTE

IMG 56 TÍTULO: DERMATOPATIA E OFTALMOPATIA TIROIDEIAS REFRATÁRIAS

IMG 57 METÁSTASE MUSCULAR – UM CASO RARO DE RECIDIVA TUMORAL

IMG 58 EXUBERANTE MASSA MEDIASTÍNICA NUM JOVEM

IMG 59 PANCREAS DIVISUM

IMG 60 PNEUMONITE INTERSTICIAL INDUZIDA POR AMIODARONA

IMG 61 TOXICIDADE CUTÂNEA INDUZIDA PELA AMIODARONA

IMG 62 REMODELING REVERSO DO VENTRÍCULO DIREITO APÓS SOTALTERCEPT NA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

IMG 63 QUANDO O PROCEDIMENTO É SIMPLES, MAS A EVOLUÇÃO NÃO: COMPLICAÇÃO APÓS COLOCAÇÃO DE PACEMAKER

IMG 64 NECROSE DIGITAL DISTAL ASSOCIADA A SUPORTE VASOPRESSOR EM CHOQUE SÉPTICO

IMG 65 UM CASO DE DISPLASIA FIBRÓTICA POLIÓSTICA EXUBERANTE

- IMG 66 COMPLICAÇÕES DE PNEUMONIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: IMAGENS DE PNEUMONIA NECROTIZANTE
- IMG 67 A DIMENSÃO DA SOMBRA
- IMG 68 SÍNDROME DA UNHA VERDE
- IMG 69 DE CONSOLIDAÇÃO A CAVITAÇÃO: PNEUMONIA NECROTIZANTE PNEUMOCÓCICA
- IMG 70 ABCESSO HEPÁTICO VOLUMOSO POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS
- IMG 71 PNEUMONIA NECROTIZANTE POR MSSA: EVOLUÇÃO CLÍNICA E IMAGIOLÓGICA
- IMG 72 AS DIFERENTES CARAS DA TUBERCULOSE
- IMG 73 UMA NOVA DOR, UMA NOVA METÁSTASE
- IMG 74 MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE UM FLARE DA DOENÇA DE STILL
- IMG 75 PURPLE URINE NOT “PURPLE RAIN”: UM CASO DE “PURPLE URINE BAG SYNDROME”
- IMG 76 ENFISEMA PULMONAR COM DISTROFIA BOLHOSA
- IMG 77 QUANDO A CAUSA NÃO É INFEÇÃO... MAS PROGRESSÃO DE DOENÇA
- IMG 78 HERNIA INGUINOESCROTAL VOLUMOSA – UMA CAUSA INVULGAR DE ÍLEUS
- IMG 79 ERDHEIM-CHESTER – IMAGENS DE UMA DOENÇA RARA
- IMG 80 SEQUELAS DE ESCLEROSE SISTÊMICA
- IMG 81 O PREÇO DE UMA ESCOLHA: OS RISCOS DOS DOACS NA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICA
- IMG 82 QUANDO O TAMANHO IMPORTA: UM CASO DE ATAXIA PROGRESSIVA DA MARCHA
- IMG 83 TOFO A TOFO: AS SEQUELAS DE UMA GOTA TOFÁCEA POLIARTRICULAR REFRACTÁRIA
- IMG 84 A MARCA DA TUBERCULOSE
- IMG 85 PNEUMONIA POR CANDIDA ALBICANS COM FUNGÊMIA UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- IMG 86 DERMATOSE BOLHOSA IGA LINEAR: UM CASO ILUSTRADO
- IMG 87 METÁSTASE CARDÍACA ATÉ ONDE VAI O ADENOCARCINOMA PULMONAR?
- IMG 88 NEUROCISTICERCOSE COM LESÃO ÚNICA: ACHADO IMAGIOLÓGICO CARACTERÍSTICO
- IMG 89 DA TROMBOSE DO TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO À ISQUEMIA MULTITERRITORIAL
- IMG 90 FENÓMENO DE VACUUM DISCAL PÓS-TRAUMA
- IMG 91 SINAL DE CHILADITI, UM ACHADO QUE ALTERA A ABORDAGEM
- IMG 92 DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE INFEÇÕES DE PACEMAKER E ELETROCATETERES
- IMG 93 BEAVER TAIL LIVER SIGN
- IMG 94 QUANDO A SUSPEITA CLÍNICA FAZ A DIFERENÇA: LINFOMA DE HODGKIN
- IMG 95 DA PREVENÇÃO À COMPLICAÇÃO: OSTEONECROSE MANDIBULAR INDUZIDA POR BIFOSFONATOS
- IMG 96 HEMITÓRAX SILENCIADO: FACE RADIOLÓGICA DE NEOPLASIA PULMONAR AVANÇADA
- IMG 97 PIODERMA GANGRENOSO, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- IMG 98 O QUE ESCONDE A HEMATÚRIA?
- IMG 99 QUANDO A INFEÇÃO ENCONTRA SAÍDA: UMA COLEÇÃO PRÉ-VESICAL FISTULIZADA COMPLICADA POR CANDIDA GLABRATA
- IMG 100 DO ABDÔMEN AO TÓRAX: OCLUSÃO MECÂNICA POR HÉRNIA ESOFÁGICO TIPO IV
- IMG 101 EDEMA DE REINKE COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
- IMG 102 MIXOMA NA AURÍCULA DIREITA DE GRANDES DIMENSÕES COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIREITA
- IMG 103 QUANDO A PELE É O ESPELHO DA DOENÇA
- IMG 104 GIGANTE SILENCIOSO: UM LIPOMA RETROPERITONEAL OCULTO
- IMG 105 PARA ALÉM DO ENFARTE CEREBELOSO: GANGLIOMATOSE DISPLÁSICA DO CEREBELO
- IMG 106 O SINAL DE PERCHERON: QUANDO O COMA SE REVELA NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
- IMG 107 DA MASSA CERVICAL AO PADRÃO PULMONAR
- IMG 108 COMPRESSÃO DA AURÍCULA ESQUERDA POR HÉRNIA DO HIATO VOLUMOSA
- IMG 109 BÓCIO MERGULHANTE: UMA TIRÓIDE SEM FRONTEIRAS NUM MERGULHO SILENCIOSO
- IMG 110 QUANDO O ECG APONTA PARA ALÉM DO CORAÇÃO: UM CASO DE PNEUMOTÓRAX
- IMG 111 LOBO ÁZIGOS: VARIANTE ANATÔMICA RARA IDENTIFICADA EM TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA TORÁCICA
- IMG 112 A MÃO QUE A GOTA MOLDOU
- IMG 113 ENFARTE COM SUPRA-ST POR OCLUSÃO DO RAMO ATRIOVENTRICULAR POSTERIOR DA ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA
- IMG 114 COMPLICAÇÃO RARA DA BRONCOSCOPIA: EMBOLIA GASOSA CEREBRAL
- IMG 115 QUANDO O AR INVADE SEM AVISO
- IMG 117 QUANDO O BAÇO ENGANA: PELIOSE ESPLÊNICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA SISTÊMICA
- IMG 118 TUBERCULOSE MILIAR

- IMG 119 QUANDO NEM TUDO É VASCULITE: UM CASO DE ERITEMA AB IGNE
- IMG 120 DESTRUIÇÃO DIGITAL AVANÇADA EM ARTRITE PSORIÁTICA NÃO TRATADA
- IMG 121 ARTÉRIA TRIGEMINAL A MIMETIZAR OCLUSÃO DA BASILAR: RELATO DE UM CASO
- IMG 122 DA FEBRE PERSISTENTE À CIRURGIA URGENTE
- IMG 123 ÉCTIMA GANGRENOSO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE AGRANULOCITOSE POR METAMIZOL
- IMG 124 ENTRE QUISTOS E COLAPSO: PROVÁVEL BIRT-HOGG-DUBÉ NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- IMG 125 ERITRODERMIA PSORIÁTICA: EXPRESSÃO SISTÊMICA DE UMA DOENÇA CUTÂNEA
- IMG 126 EQUINOCOCOSE: PARA ALÉM DO ENVOLVIMENTO HEPÁTICO
- IMG 127 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA POR MASSA TUMORAL NA AURÍCULA ESQUERDA
- IMG 128 QUANDO A ANGIOGRAFIA REVELA UM “ATALHO” CORONÁRIO
- IMG 129 QUANDO O OLHO FALHA: MACROADENOMA SELAR-SUPRASSELAR COMO CAUSA OCULTA
- IMG 130 IMAGENS DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO DE ENDOCARDITE DE VÁLVULA MITRAL COM VEGETAÇÃO E PERFURAÇÃO
- IMG 131 UMA IMAGEM QUE DESAFIA O DIAGNÓSTICO: “PENCIL-IN-CUP” NA ARTRITE REUMATOIDE
- IMG 132 QUANDO A PELE ALERTA: STEVENS-JOHNSON EM CONTEXTO DE ANTIBIOTERAPIA
- IMG 133 MIELOMA MÚLTIPLO EM IMAGEM
- IMG 134 EVOLUÇÃO INESPERADA DE UMA CELULITE
- IMG 135 VEGETAÇÃO VALVULAR NATIVA IDENTIFICADA POR TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA: UM ACHADO INCOMUM
- IMG 136 UM BANHO ESPIRITUAL COM CONSEQUÊNCIAS TERRENAS
- IMG 137 RIM ÚNICO SOB PRESSÃO: O DESAFIO DA PIONEIROSE
- IMG 138 EXPRESSÃO IMAGIOLÓGICA EXTREMA NA DOENÇA POLIQUÍSTICA AUTOSSÔMICA DOMINANTE
- IMG 139 HEMATOMA EPIDURAL – UMA URGÊNCIA IMAGIOLÓGICA
- IMG 140 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO EM ADULTA JOVEM FUMADORA
- IMG 141 QUANDO A ASCITE NÃO É APENAS LÍQUIDO LIVRE
- IMG 142 QUANDO O INCOMUM SE TORNA REALIDADE: PNEUMONIA CAVITADA POR SERRATIA MARCESCENS EM IMUNOCOMPETENTE.
- IMG 143 CELULITE PERIORBITÁRIA EXTENSA POR RICKETTSIA TYPHI APÓS PICADA DE CARRAÇA
- IMG 144 O ECLIPSE DO PULMÃO: UMA MASSA IMPLACÁVEL
- IMG 145 PÚRPURA RETIFORME: MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO ADQUIRIDO
- IMG 146 COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DO ESÓFAGO POR ADENOPATIAS: UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA
- IMG 147 ÚLCERA DE KENNEDY – NÃO É SÓ UMA ÚLCERA DE PRESSÃO
- IMG 148 DA CAVITAÇÃO PULMONAR À SÉPSIS: RELATO DE CASO
- IMG 149 O CASO DE UM ABCESSO PULMONAR GIGANTE
- IMG 150 A PELE COMO ESPELHO DO METABOLISMO: ACANTOSE NIGRICANS
- IMG 151 AS MÃOS QUE CONTAM UMA HISTÓRIA: DO EXAME FÍSICO AO DIAGNÓSTICO
- IMG 152 UM DIAGNÓSTICO ESCRITO NA PELE
- IMG 153 QUANDO O PNEUMOTÓRAX NÃO É O QUE PARECE: APRESENTAÇÃO SUBPULMONAR
- IMG 154 DOR LOMBAR SÚBITA, E AGORA?
- IMG 155 SÍNDROME DE FAHR: UMA CONDIÇÃO RARA
- IMG 156 LARGADA DE BALÕES, O ESPELHO DE UM TODO
- IMG 157 SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO POR ATROPINA: DELIRIUM E SINAIS CUTÂNEOS EM DOENTE ONCOLÓGICO
- IMG 158 RADIONECROSE CEREBRAL, UMA COMPLICAÇÃO RARA DE RADIOTERAPIA COM FEIXE DE ELETRÕES
- IMG 159 SÍNDROME POLIGLANDULAR TIPO 2: HIPOTIROIDISMO E DOENÇA DE ADDISON
- IMG 160 “BLACK HAIRY TONGUE” REAÇÃO RARA ASSOCIADA À LINEZOLIDA
- IMG 161 QUANDO O CLÁSSICO NÃO É CLÁSSICO: SÍFILIS SECUNDÁRIA SEM ATINGIMENTO PALMOPLANTAR
- IMG 162 NEM TUDO É DERRAME PLEURAL
- IMG 163 ALGALIAÇÃO DIFÍCIL EM SERVIÇO DE URGÊNCIA: DIAGNÓSTICO INESPERADO DE LITÍASE VESICAL
- IMG 164 TUBERCULOSE MILIAR
- IMG 165 HIDROCEFALIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UM CASO
- IMG 166 ÉTAT CRIBLÉ: O PADRÃO “QUEIJO SUÍÇO” NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
- IMG 167 PNEUMOCYSTIS PNEUMONIA AS THE INITIAL MANIFESTATION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION
- IMG 168 A PUPILA QUE DENUNCIOU O TUMOR: ANISOCORIA COMO MANIFESTAÇÃO DE APOPLEXIA HIPOFISÁRIA
- IMG 169 FRAGILIDADE EXTREMA: A FACE RADIOLÓGICA DA OSTEOPOROSE SEVERA
- IMG 170 QUANDO OUVIMOS CASCOS, NÃO DEVEMOS PENSAR EM ZEBRAS, MAS NÃO AS PODEMOS IGNORAR

- IMG 171 FAVAS CONTADAS
- IMG 172 AS CICATRIZES INVISÍVEIS DA TUBERCULOSE UM CASO CLÍNICO
- IMG 173 UMA OBSTRUÇÃO INSIDIOSA COM MÚLTIPLOS COLATERAIS
- IMG 174 TROMBOSE BILATERAL DAS ARTÉRIAS RENAIIS COMO CAUSA RARA DE ANÚRIA AGUDA
- IMG 175 PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA NA DOENÇA DE SJOGREN: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- IMG 176 QUANDO O CONTRASTE CIRCULA EM CONTRA-MÃO
- IMG 177 AN APPLE A DAY MAY NOT KEEP THE DOCTOR AWAY: UM CASO DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO
- IMG 178 FIBROSE MACIÇA PROGRESSIVA EM DOENTE COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO
- IMG 179 ARTRITE GOTOSA NÃO TRATADA: UM CASO DE DESTRUIÇÃO ARTICULAR AVANÇADA
- IMG 180 MÃOS QUE INDUZEM DIAGNÓSTICO ESCLEROSE SISTÊMICA
- IMG 181 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E ALTERAÇÕES ESPLÉNICAS: UM ACHADO RARO
- IMG 182 HÉRNIA DO HIATO COMO CAUSA DE ANEMIA REFRACTÁRIA
- IMG 183 COMPLEXOS DE VON MEYENBURG: ACHADO INCIDENTAL RARO
- IMG 184 “RITMO CORRIGIDO, PULMÃO EM FUGA”
- IMG 185 ANEURISMA GIGANTE DA CROSSA AÓRTICA COM DISSEÇÃO TORACOABDOMINAL EM DOENTE COM SÍNDROME DE MARFAN
- IMG 186 O SINAL DE FRANK: QUANDO O EXAME OBJETIVO ANTECIPA A DOENÇA
- IMG 187 ESCRÓFULA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA MASSA CERVICAL
- IMG 188 A GRANDE IMITADORA: SÍFILIS SECUNDÁRIA SEM ENVOLVIMENTO PALMO-PLANTAR
- IMG 189 PLASMOCITOMA SOLITÁRIO: DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR NA FRATURA PATOLÓGICA DO DOENTE IDOSO
- IMG 190 SÍNDROME DE TWIDDLER: QUANDO O PACEMAKER SE TORCE
- IMG 191 PARA ALÉM DO ESPERADO: UM CASO DE PNEUMONIA BILATERAL EXTENSA
- IMG 192 NEM TUDO O QUE PARECE (SITUS INVERSUS) É
- IMG 193 SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COM EXTENSÃO CUTÂNEA CERVICAL
- IMG 194 METÁSTASES CUTÂNEAS E MUSCULARES: UM PADRÃO RARO DO CARCINOMA PANCREÁTICO
- IMG 195 ARTRITE SÉPTICA DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR: LOCALIZAÇÃO RARA POR AGENTE INCOMUM
- IMG 196 ESCLEROSE SISTÊMICA COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS: DESAFIO DIAGNÓSTICO
- IMG 197 EPISTÁXIS RECORRENTE RELEVANDO NEOPLASIA NASOSSINUSAL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA
- IMG 198 ERITRODERMIA DIFUSA NO SÍNDROME DE SÉZARY: O VALOR DIAGNÓSTICO DA INTEGRAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL
- IMG 199 UMA MASSA CERVICAL ... E A IMPORTÂNCIA DE UM EXAME OBJETIVO CUIDADO
- IMG 200 SÍNDROME DA URINA ROXA EM DOENTE COM Sonda VESICAL
- IMG 201 EDEMA DE REINKE COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA
- IMG 202 QUEDA COM DOR COSTAL E UM ACHADO IMAGIOLÓGICO INESPERADO
- IMG 203 FASCEÍTE NECROTIZANTE E O LIMITE TERAPÊUTICO: O PAPEL DA IMAGEM
- IMG 204 MELANONÍQUIA: UMA MARCA DA HIDROXIUREIA
- IMG 205 QUANDO O AR ENCONTRA OUTROS CAMINHOS: ENFISEMA SUBCUTÂNEO EXTENSO ASSOCIADO PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO.
- IMG 206 SÍNDROME DE RAMSAY HUNT
- IMG 207 ADENOPATIAS, E AGORA O QUE FAZER?
- IMG 208 O EFEITO ANULAR DA ASPIRINA: UM CASO DE URTICÁRIA MULTIFORME
- IMG 209 QUANDO O CÉREBRO NÃO É O ÚNICO SUSPEITO
- IMG 210 QUANDO A RADIOGRAFIA JÁ MOSTRAVA O DIAGNÓSTICO: LINFOMA DE HODGKIN NUM ADULTO JOVEM
- IMG 211 AS ARTÉRIAS NÃO MENTEM, MAS BRILHAM
- IMG 212 DA HIPERNATREMIA AO PRES: COMPLICAÇÃO IATROGÊNICA GRAVE
- IMG 213 HIPERPLASIA NODULAR FOCAL: QUANDO O ACHADO SURPREENDE
- IMG 214 DO OBJETO AO ABCESSO: O PERIGO SILENCIOSO DE UM PALITO
- IMG 215 NEOPLASIA MALIGNA MESENQUIMATOSA – DOENÇA AVANÇADA AO DIAGNÓSTICO
- IMG 216 ASPERGIOSE PULMONAR: UM “PARTO” INUSITADO
- IMG 217 DISPNEIA QUE REVELOU UM ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL GIGANTE
- IMG 218 UMA IMAGEM INESPERADA
- IMG 219 NÃO ERA CELULITE NEM CANDIDÍASE: UM CASO DE PSORÍASE ERITRODÉRMICA
- IMG 220 DISSEÇÃO DA AORTA: ELEVADO ÍNDICE DE SUSPEIÇÃO
- IMG 221 PEDRAS NO CAMINHO? PODEM SER ZIRCÓNIO. UM ACHADO INTERESSANTE EM TC ABDOMINAL
- IMG 222 VOLVO DO CÓLON SIGMOIDE, SINAL EM “GRÃO DE CAFÉ”

IMG 223 ENDOCARDITE AÓRTICA POR E. FAECALIS COM ABCESSO PERIAÓRTICO FISTULIZADO AO PERICÁRDIO

IMG 224 LEIOMIOSSARCOMA DISSEMINADO COM ENVOLVIMENTO TIROIDEU: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

IMG 225 MELANOMA INTRAOCULAR A SIMULAR DOENÇA VASCULAR DA RETINA

IMG 226 UMA FORMA POUCO COMUM DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

IMG 227 QUANDO A DOR NO OMBRO ESCONDE UM SARCOMA ÓSSEO GIGANTE

IMG 228 TUBERCULOSE MEDIASTÍNICA ISOLADA COMO CAUSA DE FEBRE PROLONGADA

IMG 229 SARCOPTES SCABIEI: O DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM CASO DE DERMATOSE GENERALIZADA

IMG 230 ISCHEMIC EMPHYSEMATOUS GASTRITIS: PASSING GAS WHERE IT SHOULD NOT BE

IMG 231 ENTRE O ABCESSO E O EXANTEMA: RECONHECER SÍNDROME DE DRESS EM CONTEXTO INFECCIOSO

IMG 232 VISÃO DUPLA NA ESTRADA: QUANDO UM NEUROCITOMA SE REVELA

IMG 233 SILICOSE PSEUDOTUMORAL MACIÇA: EVOLUÇÃO TARDIA

IMG 234 CRITÉRIOS DE DUTCH LIPID CLINIC NETWORK (DLCN) NA PRÁTICA CLÍNICA

IMG 235 MIMETISMO IMAGIOLÓGICO: METÁSTASE ÓSSEA COM APRESENTAÇÃO SUGESTIVA DE CORDOMA

IMG 236 SIDA INAUGURAL: ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO E PULMONAR

IMG 237 DUPLO CORAÇÃO

IMG 238 NEM SEMPRE É METÁSTASE: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE UMA LESÃO EXPANSIVA INTRACRANIANA

IMG 239 HÉRNIA DO HIATO: UM ACHADO INSUSPEITO

IMG 240 SOB PRESSÃO: A ROTURA DE UM ANEURISMA DA AORTA

IMG 241 CALCIFILAXIA COMO CAUSA PROVÁVEL DE NECROSE CUTÂNEA E SÉPSIS EM DOENTE HEMODIALISADO

IMG 242 O ATINGIMENTO SISTÊMICO DA CALCIFILAXIA

IMG 243 SWIRL MESENTÉRICO: DIAGNÓSTICO INESPERADO EM CONTEXTO DE CÓLICA BILIAR

IMG 244 ARTRITE EROSIVA GRAVE DAS MÃOS COM SUSPEITA DE PADRÃO MUTILANTE

IMG 245 HEPATITE ENFISEMATOSA: UMA RARA INFECÇÃO HEPÁTICA DE EVOLUÇÃO FULMINANTE

IMG 246 MARCAS DO TRABALHO QUE FICAM PARA A VIDA – TATUAGEM OCUPACIONAL DE CARVÃO

IMG 247 AVC NA SEQUÊNCIA DE COMPRESSÃO VASCULAR

IMG 248 DISSEÇÃO DA AORTA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

IMG 249 HIPERPIGMENTAÇÃO DAS PREGAS DIGITAIS NA ANEMIA MACROCÍTICA POR DÉFICE DE VITAMINA B12 E ÁCIDO FÓLICO

IMG 250 HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POR ROTURA DE PSEUDOANEURISMA NA PANCREATITE CRÔNICA AGUDIZADA

IMG 251 PNEUMOMEDIASTINO EXUBERANTE ASSOCIADO A INFECÇÃO POR INFLUENZA A NUM ADULTO JOVEM SAUDÁVEL

IMG 252 TRÊS VÁLVULAS, DUAS TAVIS E SÍNDROME CARDIORRENAL GRAVE: IMAGEM DE UM SOBREVIVENTE

IMG 253 CAVITAÇÃO PULMONAR: MAIS DO QUE UMA PNEUMONIA

IMG 254 PUSTULOSE EXANTEMÁTICA AGUDA: A IMPORTÂNCIA DA SUA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE

IMG 255 QUANDO A ANATOMIA É A CAUSA: UM CASO DE SÍNDROME DE MAY-THURNER

IMG 256 UM PÂNCREAS FORA DO SÍTIO

IMG 257 O CATETER QUE FICOU PARA TRÁS: REMOÇÃO INCOMPLETA COMO CAUSA DE FEBRE?

IMG 258 SURPRESA INTRAVESICAL: UM MACROCÁLCULO DE 5 CM EM EXPANSÃO

IMG 259 SEQUELA DE UM FENÓMENO DE RAYNAUD?

IMG 260 ARTROPATIA GOTOSA TOFÁCEA AVANÇADA: QUANDO A HIPERURICEMIA DEFORMA A MÃO

IMG 261 ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UMA BOMBA-RELÓGIO

IMG 262 QUANDO A TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA ESCLARECE O OCULO

IMG 263 LIVEDO RETICULARIS IDIOPÁTICO: DESAFIO DIAGNÓSTICO

IMG 264 MASSA PULMONAR GIGANTE: SUSPEITA DE NEOPLASIA PULMONAR AVANÇADA

IMG 265 SITUS INVERSUS TOTALIS

IMG 266 ARTRITE REUMATÓIDE NO SÉCULO XXI – NUM OUTRO CONTINENTE

IMG 267 UM FÍGADO QUE OCUPA ESPAÇO: QUISTO HEPÁTICO GIGANTE

IMG 268 UM RASH QUE FALA: A HISTÓRIA CLÍNICA ESCRITA NA PELE

IMG 269 SARCOIDOSE CUTÂNEA: ICONOGRAFIA DO “GRANDE IMITADOR”

IMG 270 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ENDOCARDITE NA VALVULA DE EUSTAQUIO

IMG 271 TORTUOSIDADE DA BAINHA DO NERVO ÓTICO: ETIOLOGIA INESPERADA PARA A PERDA DE VISÃO SÚBITA

IMG 272 NEM TODA A PNEUMONIA SE TRATA COM ANTIBIÓTICO: UM CASO DE DOENÇA PULMONAR EOSINOFÍLICA IDEOPÁTICA

IMG 273 LEIOMIOMATOSE INTRAVASCULAR (LIV): DO ÚTERO AO CORAÇÃO

IMG 274 DOENÇA DE MADELUNG: LIPOMATOSE SIMÉTRICA MÚLTIPLA

- IMG 275** ANEURISMA GIGANTE DA AORTA TORÁCICA: COMPRESSÃO EXTRÍNSECA E COLAPSO LOBAR TOTAL
- IMG 276** QUANDO O HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE FALA
- IMG 277** PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE FIBRÓTICA: EXACERBAÇÃO AGUDA EM DOENTE SOB ANTIFIBRÓTICO
- IMG 278** NEM TODAS AS CAVITAÇÕES SÃO TUBERCULOSE PULMONAR
- IMG 279** VIDRO DESPOLIDO: UM DIAGNÓSTICO PARA ALÉM DA INFECÇÃO
- IMG 280** VOLUMOSA LESÃO OSTEOLÍTICA PÉLVICA COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA MESENQUIMATOSA DE ALTO GRAU
- IMG 281** SARCOMA DE KAPOSÍ CUTÂNEO EXTENSO EM DOENTE COM VIH AVANÇADO
- IMG 282** DISPNEIA ALÉM DO PULMÃO: UMA CAUSA INESPERADA DE MANUTENÇÃO DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
- IMG 283** UM PROBLEMA À FLOR DA PELE TUBERCULOSE GANGLIONAR SOB A FORMA DE ESCRÓFULA
- IMG 284** EXACERBAÇÃO GRAVE DE DOENÇA DE DARIER: ILUSTRAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA
- IMG 285** QUANDO A IMAGEM DEFINE O DIAGNÓSTICO: LESÃO CEREBRAL COM PADRÃO DE TUMOR GLIAL DE ALTO GRAU
- IMG 286** FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL: UMA ENTIDADE RARA
- IMG 287** PADRÃO EM “LARGADA DE BALÕES” NA RADIOGRAFIA DE TÓRAX
- IMG 288** SINAL DA CORCOVA DE HAMPTON A IMPORTÂNCIA DE UM OLHAR ATENTO
- IMG 289** SEMIOLOGIA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH NUM DOENTE COM AVC HEMORRÁGICO NÚCLEO-CAPSULAR
- IMG 290** QUANDO O PNEUMOCOCO CAVITA O PULMÃO
- IMG 291** ARTROPAZIA DE JACCOUD: LÚPUS A IMITAR ARTRITE REUMATOIDE
- IMG 292** QUANDO O QT FALA MAIS ALTO QUE A LITEMIA: O ELETROCARDIOGRAMA NA INTOXICAÇÃO POR LÍTIU
- IMG 293** QUANDO A PELE CONTA A HISTÓRIA: SARCOMA DE KAPOSÍ EM DOENTES COM VIH
- IMG 294** PERNIOSE COMO JANELA PARA DESREGULAÇÃO DO INTERFERÃO TIPO I: DO LESÃO ÀS INTERFERONOPATIAS MONOGENÉTICAS
- IMG 295** TROMBO FLUTUANTE NAS CAVIDADES DIREITAS: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
- IMG 296** QUEM COME A CORRER, DO ESTÔMAGO VEM A SOFRER DISFAGIA POR PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO
- IMG 297** Dermo-hipodermite bacteriana aguda não necrotizante: a propósito de um caso clínico

POSTERS

PAG. 331

- PO 01** UMA CAUSA RARA DE ANEMIA FERROPÊNICA: O IMPACTO DA PICA NA SAÚDE
- PO 02** ENTRE O INVISÍVEL E O DETETÁVEL: SCHWANNOMA RETROPERITONEAL
- PO 03** PARA ALÉM DA SÉPSIS: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMPLICADO POR ENFARTE E FÍSTULA BRONCOPLEURAL
- PO 04** TUBERCULOSE PULMONAR POR MYCOBACTERIUM BOVIS
- PO 05** CASO DE ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO POR MUTAÇÃO NO PLASMINOGÉNIO (P.LYS38GLU)
- PO 06** UM CASO RARO DE INFECÇÃO DISSEMINADA POR MYCOBACTERIUM BOVIS APÓS TRATAMENTO INTRAVESICAL COM BCG
- PO 07** MIELOMA MÚLTIPLO DE CADEIAS LEVES UM AGENTE SILENCIOSO E DISFARÇADO
- PO 08** HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO GRAVE – SERÁ NECESSÁRIO O TESTE DE SUPRESSÃO?
- PO 09** SÍNDROME SAPHO DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA ENTIDADE RARA
- PO 10** LIPID STORAGE MIOPATHY ASSOCIATED WITH SERTRALINE: A NEW REALITY
- PO 11** COLITE POR REATIVAÇÃO DE VÍRUS HERPES SIMPLEX TIPO 2
- PO 12** OCTREÓTIDO NA TERAPÊUTICA DE ANGIECTASIAS SANGRANTES
- PO 13** HEPATITE TÓXICA INDUZIDA POR METFORMINA NA GRAVIDEZ
- PO 14** PLASMOCITOMA DA MAMA COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA NEOPLÁSICA DISSEMINADA
- PO 15** ALÉM DO TÓRAX: UMA CAUSA ATÍPICA DE DERRAME PLEURAL
- PO 16** ENTRE ALERGIA E INFECÇÃO: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO EDEMA PERIORBITÁRIO BILATERAL EXUBERANTE
- PO 17** HIPOGLICEMIA COM SINAIS FOCALIS: QUANDO O ESTÔMAGO ENGANA O CÉREBRO
- PO 18** UMA INFECÇÃO SEM LIMITES: ESPONDILODISCITE CERVICAL POR CONTIGUIDADE
- PO 20** CUIDADOS PALIATIVOS NO JOVEM ADULTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 21** QUANDO A RESPOSTA TERAPÊUTICA CONFIRMA O DIAGNÓSTICO
- PO 22** QUANDO A QUEDA NÃO É O PROBLEMA PRINCIPAL
- PO 23** SÓ UM DERRAME PLEURAL PARA ESTUDO
- PO 24** QUANDO A TUBERCULOSE PIORA SOB TRATAMENTO: SÍNDROME DE RECONSTITUIÇÃO IMUNOLÓGICA NUMA GESTANTE
- PO 25** SÍNDROME RETROVIRAL AGUDA NA JANELA IMUNOLÓGICA: BICITOPENIA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL
- PO 26** DO ENFARTE AO AVC: QUANDO A AUSÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA MASCARA UM CARCINOMA RENAL
- PO 27** PÊNFIGO VULGAR CASO CLÍNICO

- PO 28 ABCESSOS HEPÁTICOS DE ETIOLOGIA PARASITÁRIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 29 QUANDO OS IÕES CONTAM A HISTÓRIA: UM CASO DE DOENÇA DE ADDISON
- PO 30 NEM TUDO O QUE É CASEIRO FAZ BEM AO FÍGADO
- PO 31 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO CONSEQUÊNCIA RARA DE NEOPLASIA SÓLIDA
- PO 32 AUTONOMIA NO FIM DE VIDA: SUSPENSÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E SEDAÇÃO PALIATIVA
- PO 33 DISCRASIAS PLASMOCITÁRIAS COM ATINGIMENTO RENAL: UM AMPLO ESPECTRO DE APRESENTAÇÕES CLÍNICAS
- PO 34 O OLHO COMO JANELA PARA O CORAÇÃO
- PO 36 IMMUNE CHECKPOINT INHIBITOR-INDUCED DIABETIC KETOACIDOSIS MASKING ADRENAL CRISIS
- PO 37 COLECISTITE AGUDA COM IMAGIOLOGIA INICIAL NEGATIVA: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA
- PO 38 LINFOMA NÃO-HODGKIN B DIFUSO INTESTINAL: APRESENTAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO PRECOCE
- PO 39 SÍFILIS EM VELOCIDADE FURIOSA: DA POLIARTRITE À NEUROSSÍFILIS NO DOENTE VIH
- PO 40 KARTAGENER SYNDROME DIAGNOSED IN ADULthood
- PO 41 UMA ARTRITE DO BAÇO: SÍNDROME DE FELTY NO DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATOIDE
- PO 42 TROMBOSE DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DOENÇA AUTOIMUNE SISTÊMICA
- PO 43 ANEMIA GRAVE E INFLAMAÇÃO: QUANDO A AUTOIMUNIDADE NÃO EXPLICA TUDO
- PO 44 LOMBALGIA COMO PONTA DO ICEBERG: UM CASO CLÍNICO
- PO 45 ARTRITE SÉTICA – UM FOCO ATÍPICO PARA INFECÇÃO A E. COLI
- PO 46 MASSA RETROPERITONEAL E ACIDOSE LÁCTICA TIPO B: UM ALERTA PARA MALIGNIDADE
- PO 47 DIARREIA CRÔNICA AGUDIZADA EM DOENTE JOVEM: COLITE INFECIOSA OU DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?
- PO 48 SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS E SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: POTENCIALIZAÇÃO DA NEUROTOXICIDADE
- PO 49 TERAPIA MULTIMODAL COM QUETAMINA: PREVENÇÃO DE EFEITOS DISSOCIATIVOS
- PO 50 SUPORTE VENTILATÓRIO PALIATIVO: ALTO FLUXO E HELIOX NA DISPNEIA TERMINAL
- PO 51 FEOCROMOCITOMA COMO CAUSA DE COLAPSO CARDIOVASCULAR E CARDIOMIOPATIA REVERSÍVEL
- PO 52 COMA E FALÊNCIA MULTIORGÂNICA NUMA DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO
- PO 53 VASCULITE CUTÂNEA: DESAFIO DA ABORDAGEM SISTEMATIZADA NO DOENTE COM MULTICOMORBILIDADES
- PO 54 PACEMAKER PALIATIVO NA SÍNCOPE INCAPACITANTE: MAIS DO QUE PROLONGAR VIDA, PRESERVAR QUALIDADE
- PO 55 A PROPÓSITO DE UM CASO DE INTOXICAÇÃO AO SALBUTAMOL
- PO 56 CARDIOMIOPATIA DE STRESS RECORRENTE: UMA RARIDADE OU SUBDIAGNÓSTICO?
- PO 57 MASSA ABDOMINAL DE CRESCIMENTO RÁPIDO: UM CASO DE LINFOMA DE BURKITT
- PO 58 MASSA MEDIASTÍNICA E “SINTOMAS B”: A CORRIDA PELO DIAGNÓSTICO
- PO 59 UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE VASCULITE ANCA A IMPORTÂNCIA DE NÃO DESISTIR DO DIAGNÓSTICO
- PO 60 INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA SUBAGUDA REVERSÍVEL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA
- PO 61 RABDOMIÓLISE ASSOCIADA AO ESFORÇO
- PO 62 PIELONEFRITE ENFISEMATOSA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DIABETES MELLITUS
- PO 63 LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL APÓS AVC ISQUÊMICO: DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM DOENTE OCTOGENÁRIO
- PO 64 ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA COMO CAUSA DE ESPLENOMEGALIA EM ADULTO JOVEM
- PO 65 DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE SÍNDROME DE SJÖGREN
- PO 66 LINFOMA ESPLÊNICO DA ZONA MARGINAL COMO CAUSA RARA DE ESPLENOMEGALIA MACIÇA EM ADULTO JOVEM
- PO 67 CORREÇÃO ABRUPTA, COMPLICAÇÃO INESPERADA: NEUROPATIA INDUZIDA PELO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS
- PO 68 TROMBOSE DA VEIA PORTA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MUTAÇÃO JAK2
- PO 69 CUIDADOS PALIATIVOS PRECOSES EM ONCOLOGIA AVANÇADA: QUANDO O FIM É UM COMEÇO
- PO 70 SÍNDROME DE DRESS: UM CASO DE HIPERSENSIBILIDADE COM FALÊNCIA MULTIORGÂNICA
- PO 71 A HIPOXÊMIA QUE SURGE EM PÉ – DIAGNÓSTICO DE FORAMEN OVALE PATENTE
- PO 72 QUISTO HEPÁTICO GIGANTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 73 DO PERICÁRDIO AO MIOCÁRDIO: RELATO DE MIOPERICARDITE AGUDA
- PO 74 MIELOMA MÚLTIPLO IGG LAMBDA COM EVOLUÇÃO PARA LEUCEMIA DE PLASMÓCITOS: UM DESAFIO PARA O INTERNISTA
- PO 75 ANATOMIA DE UM DIAGNÓSTICO: PARVÍRUS B19 COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA.
- PO 76 ANEMIA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE PROGRESSÃO DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA DE CÉLULAS B
- PO 77 MAIS PÓLIPOS QUE IDADE
- PO 78 HEPATITE B FULMINANTE: UMA HISTÓRIA COM FINAL FELIZ
- PO 79 DENGUE COM TESTES NEGATIVOS INICIAIS: UMA ARMADILHA DIAGNÓSTICA NO VIAJANTE
- PO 80 PANICULITE HISTIOCÍTICA CITOFÁGICA: UMA CAUSA RARA DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

- PO 81 O ESTUDO DE UM SÍNDROME INFLAMATÓRIO
- PO 82 PERICARDITE RECORRENTE CORTICODEPENDENTE: DO DESAFIO TERAPÊUTICO À EFICÁCIA DO ANAKINRA
- PO 83 REALIDADE VIRTUAL COMO INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS
- PO 84 SÍNDROME DE LÖFGREN A SIMULAR DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA UM CASO DE SARCOIDOSE AGUDA
- PO 85 ALÉM DO ESTETOSCÓPIO: POCUS NA AVALIAÇÃO DO DERRAME PLEURAL
- PO 86 MIOTOXICIDADE POR DUPLO BLOQUEIO DE CHECKPOINT: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO CARCINOMA HEPATOCELULAR
- PO 87 TUBERCULOSE DISSEMINADA: A GRANDE IMITADORA
- PO 88 ROTURA ESPLÊNICA ESPONTÂNEA SECUNDÁRIA A MONONUCLEOSE – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASCITE
- PO 89 DOENÇA DE WHIPPLE COM ENVOLVIMENTO PLEURAL: UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM
- PO 90 ESOFAGITE DISSECANTE NO PÊNFIGO VULGAR INDUZIDO POR IECA: IMPORTÂNCIA DA MEDICINA INTERNA
- PO 91 DA HIPOCALIEMIA GRAVE AO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE CONN: CASO CLÍNICO
- PO 92 AS DOENÇAS SÓ EXISTEM SE PENSARMOS NELAS
- PO 93 SERÁ “Q” É?
- PO 94 NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA INDUZIDA POR ALOPURINOL: UM CASO CLÍNICO
- PO 95 CALCINOSE CUTÂNEA EXUBERANTE EM ESCLEROSE SISTÊMICA CUTÂNEA LIMITADA (SÍNDROME CREST)
- PO 96 NEM TUDO O QUE É AVC É NEUROLÓGICO: ENDOCARDITE INFECCIOSA COMO DIAGNÓSTICO OCULTO
- PO 97 HIPOTENSÃO PERSISTENTE E DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS: PENSAR ALÉM DO ÓBVIO
- PO 98 MUITO ALÉM DE UMA FEBRE PERSISTENTE
- PO 99 MIELOMA MÚLTIPLO
- PO 100 NEM TUDO O QUE EMAGRECE É CANCRO
- PO 101 DOENÇA DE CASTLEMAN E A IMPORTÂNCIA DA ARQUITETURA AMOSTRAL
- PO 102 MIASTENIA GRAVIS: O DESAFIO DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E DOS “RUIDOS” IMAGIOLÓGICOS
- PO 103 FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA E SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICA
- PO 104 DOENÇA HEPÁTICA COM EXPRESSÃO RENAL
- PO 105 QUANDO NEM TUDO É PNEUMONIA: FIBROSE PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE VASCULITE
- PO 106 UM CASO DE PÊNFIGO (IN)VULGAR
- PO 107 FEBRE APÓS REGRESSAR DE ANGOLA: UMA CORRIDA CONTRA O TEMPO NA MALÁRIA GRAVE
- PO 108 ENTRE O CATETER E O CORAÇÃO: SUSPEITA DE ENDOCARDITE DIREITA SEM VEGETAÇÕES.
- PO 109 CEFALIAS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PISTAS DO TÁLAMO.
- PO 110 SÍNDROME DE CHARLES BONNET: UM DIAGNÓSTICO INTER-ESPECIALIDADES
- PO 111 UM DUPLO IMPACTO NO CORAÇÃO DIREITO: CTEPH COM RUTURA DE CORDAS DA VÁLVULA TRICÚSPIDE
- PO 112 ENVOLVIMENTO VALVULAR DIREITO NA SÍNDROME CARCINOIDE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
- PO 113 HIPOCALIÊMIA POR HIPOVOLÊMIA OU ALGO MAIS GRAVE?
- PO 114 UREMIC PERICARDITIS WITH CARDIAC TAMPONADE TRIGGERED BY ACUTE-ON-CHRONIC KIDNEY INJURY
- PO 115 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA INEXPLICADA? A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME PLATIPNEIA-ORTODEOXIA
- PO 116 PERICARDITE SECUNDARIA A TOXOPLASMOSE
- PO 117 NEOPLASIA DE PRIMÁRIO OCULTO REVELADA POR METÁSTASES CEREBRAIS E ÓSSEAS: UM CASO CLÍNICO
- PO 118 DE ASSINTOMÁTICA À EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA: APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
- PO 119 FEBRE NA GRAVIDEZ: DESAFIO CLÍNICO
- PO 120 UM EQUILÍBRIO DIFÍCIL: ENTRE A HEMORRAGIA E UM EVENTO TROMBÓTICO
- PO 121 CARCINOMA MAMÁRIO OCULTO: QUANDO A INFLAMAÇÃO E A ANEMIA MIELOFTÍSICA PRECEDEM A IMAGEM
- PO 122 UMA CAUSA RARA DE HEMITORACALGIA DIREITA
- PO 123 UM ACHADO DESAFIANTE NO JOVEM ADULTO
- PO 124 INVESTIGAÇÃO DE LESÕES CEREBRAIS NA MULHER JOVEM
- PO 125 ENFARTE ESPLÊNICO POR HIPÓXIA EM ALTITUDE: UMA COMPLICAÇÃO RARA DO TRAÇO FALCIFORME
- PO 126 MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DA DOENÇA DE LYME
- PO 127 STENT URETERAL ASSOCIADO A ESPONDILODISCITE: UMA COMPLICAÇÃO RARA E COMPLEXA
- PO 128 LESÃO DE DIEULAFOY DE LOCALIZAÇÃO DUODENAL
- PO 129 DRUG-INDUCED LIVER INJURY (DILI) A AMOXICILINA-ÁCIDO CLAVULÂNICO
- PO 130 SÍNCOPE NUM DOENTE COM DISSECÇÃO AÓRTICA: QUANDO O ÓBVIO OCULTA O REFLEXO
- PO 131 UMA CAUSA RARA DE AVC ISQUÊMICO
- PO 132 LINFHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA A LINFOMA DE CÉLULAS B

- PO 133 MONONUCLEOSE INFECCIOSA EM JOVEM ADULTO COM ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA
- PO 134 ADENOMEGALIAS PERIFÉRICAS: RELATO DE UM CASO COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA
- PO 135 HIPEREOSINOFILIA E TUMOR COMO CAUSAS POSSÍVEIS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL RECORRENTE
- PO 136 APRESENTAÇÃO INICIAL RARA DE NEOPLASIA SÓLIDA
- PO 137 SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS HIPERMÓVEL: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS NUMA DOENTE JOVEM
- PO 138 UMA COMPLICAÇÃO RARA OU RARAMENTE RECONHECIDA
- PO 139 HEPATITE AUTOIMUNE COLESTÁTICA COM HIPERTENSÃO PORTAL E BOA RESPOSTA TERAPÊUTICA DURANTE A GESTAÇÃO
- PO 140 NEM TUDO SÃO PNEUMONIAS: UMA VASCULITE ANCA-MPO NO IDOSO
- PO 141 INSUFICIÊNCIA SUPRARERNAIS SECUNDÁRIA: O DESAFIO DE UM DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE HIPONATRÊMIA
- PO 142 LESÃO RENAL EM CONTEXTO DE VASCULITE ANCA: A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO
- PO 143 NEM TUDO O QUE PARECE É SERÁ AVC?
- PO 144 MASSA MEDIASTÍNICA ANTERIOR EM DOENTE COM ANTECEDENTE DE TUMOR GERMINATIVO
- PO 145 COAGULOPATIA INDUZIDA POR PEGASPARGINASE: ENTRE TROMBOSE E HEMORRAGIA
- PO 146 PNEUMOMEDIASTINO IDIOPÁTICO E CONSUMO DE CANNABIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR TORÁCICA
- PO 147 NEGATIVO, NEGATIVO.... E MALÁRIA!
- PO 148 ARTERITE LINFOCÍTICA TROMBOFÍLICA: UM ACHADO INCIDENTAL NO ESTUDO DE ADENOPATIAS
- PO 149 TROMBOCITOSE PERSISTENTE EM IDADE JOVEM: REATIVA OU CLONAL?
- PO 150 VASCULITE MPO-ANCA COM ENVOLVIMENTO RENAL ISOLADO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
- PO 151 QUANDO A ANEMIA NÃO DÁ TRÉGUAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
- PO 152 UMA CAUSA ESQUECIDA DE HIPERTENSÃO RESISTENTE
- PO 153 CETOACIDOSE DIABÉTICA COMO EVENTO REVELADOR DE SÍNDROME POLIGLANGULAR AUTOIMUNE TIPO 3
- PO 154 EARLY-ONSET AORTIC STENOSIS IN A PATIENT WITH FAMILIAL HYPOCALCIURIC HYPERCALCEMIA
- PO 155 QUANDO TUDO APONTA PARA ENDOCARDITE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO
- PO 156 HEPATITE E: BAIXA INCIDÊNCIA OU BAIXA SUSPEIÇÃO CLÍNICA?
- PO 157 ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS NEGATIVA: QUANDO A CLÍNICA SUPERA O TESTE
- PO 158 DESAFIOS NA GESTÃO DA ANEMIA CRÍTICA COM RECUSA TRANSFUSIONAL
- PO 159 ERITEMA PERINEAL EM DOENTE DIABÉTICA: QUANDO SUSPEITAR DE GANGRENA FOURNIER
- PO 160 BLUE MAN GROUP DOIS CASOS DE METEMOGLOBINEMIA APÓS EXPOSIÇÃO A ANILINA
- PO 161 PANSINUSITE REFRATÁRIA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE LINFOMA B DE ALTO GRAU
- PO 162 EMERGÊNCIA HEMATOLÓGICA: UM CASO DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA
- PO 163 SÍNCOPE E HIPOGLICEMIA EM DOENTE COM PAN-HIPOPITUITARISMO: QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO ESTÁ NA HIPÓFISE
- PO 164 QUANDO A MENINGITE NÃO É INFECÇÃO: DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA
- PO 165 CHOQUES DE CDI
- PO 166 CHOQUE MULTIFATORIAL EM DOENTE COM HIPOPITUITARISMO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENÇA CRÍTICA
- PO 167 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LÍMFOMA T PERIFÉRICO
- PO 168 SÍNDROME DE BUDD CHIARI- IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE
- PO 169 DERRAME PERICÁRDICO NO IDOSO: APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE LINFOMA NÃO-HODGKIN
- PO 170 MIOCARDITE FULMINANTE POR INFLUENZA A: ECMO-VA COMO PONTE PARA A RECUPERAÇÃO
- PO 171 TRIPLA TOXICIDADE À LINEZOLIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 172 DA HIPONATREMIA AO DIAGNÓSTICO DE MACROADENOMA HIPOFISÁRIO – UM CASO CLÍNICO
- PO 173 QUANDO O AR SE FAZ MARÉ: UM CASO DE CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA
- PO 174 PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 175 LESÃO HEPÁTICA AGUDA GRAVE INDUZIDA POR SUPLEMENTO DE EMAGRECIMENTO
- PO 176 LESÃO TUMORAL PRIMITIVA DA VEIA CAVA SUPERIOR ?
- PO 177 CERVICALGIA NUNCA IGNORAR MENINGITE... MESMO QUANDO NÃO É ÓBVIO
- PO 178 UMA CAUSA RARA DE HIPOGLICÊMIAS RECORRENTES
- PO 179 PARACOCCIDIOIDOMICOSE: A DOENÇA CR(H)ÓNICA MENTIROSA
- PO 180 DOR CERVICAL PERSISTENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: À QUARTA FOI DE VEZ
- PO 181 ESPONDILODISCITE POR BACILLUS CEREUS: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- PO 182 FIBRILHAÇÃO AURICULAR DE NOVO A MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DA DOENÇA DE GRAVES NO DOENTE IDOSO
- PO 183 TROMBOSE ARTERIAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA
- PO 184 DIARREIA INFLAMATÓRIA E PIODERMA GANGRENOSO-LIKE INDUZIDOS POR ETANERCEPT: UMA REAÇÃO PARADOXAL

- PO 185 QUANDO A CURA COMPLICA: UM CASO DE HIPEREOSINOFILIA AO ALOPURINOL
- PO 186 NO LIMITE: DESAFIOS SOCIAIS E MÉDICOS DA HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA
- PO 187 ENDOCARDITE INFECIOSA POR CUTIBACTERIUM ACNES: A RELEVÂNCIA DE UM AGENTE MICROBIOLÓGICO INCOMUM
- PO 188 MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA: UM DESAFIO
- PO 189 SÍNDROME LPAC COMO CAUSA DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA EM DOENTE JOVEM
- PO 190 NEM SEMPRE SÃO AS ESTATINAS: MIOPATIA NECROTIZANTE ANTI-HMGCR COM TRIGGER VIRAL
- PO 191 BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS CAUSADA POR PAROTIDITE: CASO CLÍNICO
- PO 192 TIREOTOXICOSE INDUZIDA POR AMIODARONA: UMA COMPLICAÇÃO TARDIA A NÃO ESQUECER
- PO 193 ENDOCARDITE AÓRTICA POR PSEUDOMONAS APRESENTANDO-SE COMO MENINGITE
- PO 194 PNEUMONIA POR CMV EM DOENTE COM PNEUMOCISTOSE E VIH AVANÇADO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 195 MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA COM APRESENTAÇÃO RENAL ISOLADA: DA APRESENTAÇÃO ATÍPICA AO TRANSPLANTE
- PO 196 VASCULITE IGA NO ADULTO
- PO 197 HIPONATREMIA INDUZIDA POR ANFETAMINAS: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS
- PO 198 UM PICO DISCRETO, UM SUBTIPO RARO: O DESAFIO DIAGNÓSTICO DO MIELOMA IGD
- PO 199 POLIÚRIA E DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS MIELOMA MÚLTIPLO: REVISÃO TERAPÊUTICA
- PO 200 DELIRIUM TERMINAL REFRACTÁRIO E REAÇÃO PARADOXAL AO MIDAZOLAM
- PO 201 QUETAMINA NA DOR ÓSSEA REFRACTÁRIA EM NEOPLASIA PULMONAR AVANÇADA
- PO 202 NOCARDIOSE DISSEMINADA: CASO CLÍNICO
- PO 203 CITOPENIAS ASSOCIADAS A TERAPÊUTICA ANTIEPILÉTICA: INVESTIGAÇÃO DE UMA ANEMIA FERROPÊNICA EXTREMA
- PO 204 NEM TUDO O QUE É EXPANSIVO É MALIGNO: UM CASO DE MIMETISMO DIAGNÓSTICO
- PO 205 QUANDO UM AIT REVELA UMA EMBOLIA PARADOXAL NA GRAVIDEZ: FOP E TVP OCULTA
- PO 206 MONONUCLEOSE INFECIOSA COMPLICADA POR ROTURA ESPLÊNICA: UM CASO CLÍNICO
- PO 207 SÍNDROME DE ATIVAÇÃO ADRENÉRGICA PÓS TCE
- PO 208 UMA ANEMIA INESPERADA: CASO CLÍNICO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE QUENTE NO IDOSO
- PO 209 HEPATITE AUTOIMUNE COM APRESENTAÇÃO COLESTÁTICA: UM CASO CLÍNICO
- PO 210 CRISE MIASTÊNICA EM CONTEXTO DE INFEÇÃO RESPIRATÓRIA UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 211 SÍNDROME DRESS A IMPORTÂNCIA DE CONSIDERAR DIAGNÓSTICOS EM CASOS ATÍPICOS
- PO 212 POLIANGÉITE MICROSCÓPICA EM IDADE AVANÇADA: UM CASO CLÍNICO
- PO 213 ENTRE REMISSÃO E INFILTRAÇÃO UM CASO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B
- PO 214 UMA VARIANTE RARA DE LINFOMA
- PO 215 AVC NO JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA TRIPLO POSITIVA
- PO 216 PARALISIA PROGRESSIVA EM ESPELHO
- PO 217 UMA CAUSA RARA DE DISPEPSIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
- PO 218 HEMOCROMATOSE TARDIA: DA SINTOMATOLOGIA AO DIAGNÓSTICO
- PO 219 TRÊS SISTEMAS, UM DIAGNÓSTICO: AMILOIDOSE AL
- PO 220 HIPERCORTISOLISMO OCULTO: O ELO ENTRE UMA PNEUMONIA GRAVE E O DESCONTROLO METABÓLICO
- PO 221 AVC MINOR POR TROMBO NO VENTRÍCULO ESQUERDO EM MIOCARDIOPATIA DILATADA
- PO 222 HEPATITE AUTOIMUNE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS
- PO 223 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO APRESENTAÇÃO DE UMA ENDOCARDITE MARÂNTICA
- PO 224 MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA ASSOCIADA A ESTATINAS: QUANDO NÃO É APENAS UMA MIOSITE PÓS-VÍRICA
- PO 225 COLANGITE IMUNOMEDIADA ASSOCIADA A PEMBROLIZUMAB
- PO 226 TROMBOSE DA VEIA PORTA EM CONTEXTO DE INFEÇÃO AGUDA POR CMV
- PO 227 TRIÁDE CLÁSSICA E POSITIVIDADE ANTI-GQ1B: UM CASO TÍPICO DE SÍNDROME DE MILLER FISHER
- PO 228 GIST GÁSTRICO COMPLICADO: DA SOBREENFEÇÃO À PERICARDITE POR IMATINIB
- PO 229 QUANDO A ENDOCARDITE CHEGA AO CÉREBRO
- PO 230 SÍNDROME ANTI-SINTETASE EM OVERLAP COM ESCLEROSE SISTÊMICA – UM CASO CLÍNICO
- PO 231 UMA DORSALGIA QUE CONTOU OUTRA HISTÓRIA
- PO 232 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: UM DIAGNÓSTICO POR EXCLUSÃO OU POR CONVICÇÃO?
- PO 233 NEM TODA A FEBRE É INFEÇÃO
- PO 234 ENTRE O PULMÃO E O PERICÁRDIO: A FACE EXTRAPULMONAR DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE
- PO 235 QUANDO A IMUNIDADE NÃO TEM JUÍZO: CASO DE SÍNDROME HEMAFAGOCÍTICO
- PO 236 DA CISTITE AO DIAGNÓSTICO RARO E INESPERADO DE ESPONDILODISCITE POR ENTEROCOCCUS HIRAE

- PO 237 MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM COM ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO
- PO 238 ANEMIA INFLAMATÓRIA E COXALGIA: DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATOIDE COM NECROSE AVASCULAR DA ANCA
- PO 239 FEBRE, ADENOMEGALIAS E ODINOFAGIA: UM CASO DE DOENÇA DE STILL DO ADULTO
- PO 240 A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIDADE NO DIAGNÓSTICO DE GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGIITE
- PO 241 GONALGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM INFILTRAÇÃO ÓSSEA
- PO 242 EDEMA E DERRAME PLEURAL NUM IDOSO: AMILOIDOSE CARDÍACA POR TRANSTIRRETINA COMO DIAGNÓSTICO
- PO 243 DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA DE CÉLULAS T COM APRESENTAÇÃO HEMATOLÓGICA GRAVE
- PO 244 HEMATÚRIA DE ORIGEM TROPICAL UM CASO DE ESQUISTOSSOMÍASE
- PO 245 TOXICIDADE POR METADONA NO CONTROLO DE DOR ONCOLÓGICA REFRACTÁRIA
- PO 246 SÍNDROME CONSTITUCIONAL PROLONGADO- UM DIAGNÓSTICO INESPERADO DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES
- PO 247 CID SECUNDÁRIA A COLITE PSEUDOMEMBRANOSA
- PO 248 POLISSEROSITE E BICITOPENIA COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA AUTOIMUNE SISTÊMICA
- PO 249 O DILEMA HEMORRÁGICO
- PO 250 HIPOXÊMIA REFRACTÁRIA: UM SÍNDROME DE EISENMENGER NA SEXTA DÉCADA DE VIDA
- PO 251 SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT: DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO NUMA OFTALMOPLÉGIA DOLOROSA EM DOENTE DIABÉTICO
- PO 252 DERMATOSE NEUTROFÍLICA COMO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE ENDOCARDITE INFECCIOSA
- PO 253 SÍNDROME PARANEOPLÁSICA POLIMIALGIA REUMÁTICA-LIKE: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA RENAL
- PO 254 MIOPATIA INFLAMATÓRIA COM DISFAGIA GRAVE E BACTERIÊMIA EM DOENTE COM DOENÇA DE DARIER
- PO 255 POLIARTRITE INFLAMATÓRIA PARANEOPLÁSICA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS
- PO 256 DE CORPO ESTRANHO A CHOQUE SÉPTICO: UMA APRESENTAÇÃO GRAVE DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA
- PO 257 ICTERÍCIA PERSISTENTE APÓS DRENAGEM BILIAR EM ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO: POSSÍVEL PARANEOPLASIA
- PO 258 DO CHOQUE CARDIOGÊNICO AO FEOCROMOCITOMA: UMA CAUSA DE MIOCARDIOPATIA REVERSÍVEL
- PO 259 QUANDO O TUMOR EMBOLIZA: NEOPLASIA COMO ETIOLOGIA DE AVC ISQUÊMICO MÚLTIPLO
- PO 260 DOR ONCOLÓGICA REFRACTÁRIA: A COMPLEXIDADE TERAPÊUTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS
- PO 261 QUANDO NEM TUDO É RECIDIVA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 262 O ECOCARDIOGRAMA FALHOU E A CANDIDA ESPREITOU
- PO 263 ALÉM DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL
- PO 264 ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE VIH
- PO 265 ENDOCARDITE INFECCIOSA COM MANCHAS DE ROTH: QUANDO O ECOCARDIOGRAMA INICIAL É NEGATIVO
- PO 266 DESAFIO DIAGNÓSTICO: DERRAME PLEURAL BILATERAL ASSOCIADO A DASATINIB
- PO 267 UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA NÃO-HODGKIN
- PO 268 RECONHECER A NEUROSSÍFILIS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 269 DE NEOPLASIA UROTELIAL A LINFOMA NÃO-HODGKIN
- PO 270 HEMOPTISES COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LEPTOSPIROSE GRAVE: UM CASO DE SÍNDROME DE WEIL
- PO 271 TROMBOSE BILATERAL DAS ARTÉRIAS RENAI EM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: UM DESAFIO PRÓ-TROMBÓTICO
- PO 272 MASSA ABDOMINOPÉLVICA VOLUMOSA EM CONTEXTO DE DOR AGUDA
- PO 273 DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO: O FUTURO DA MEDICINA VASCULAR
- PO 274 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: A MECÂNICA DE UM EVENTO
- PO 275 UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO
- PO 276 EDEMA DE RE-EXPANSÃO PULMONAR APÓS DRENAGEM DE DERRAME MALIGNO
- PO 277 TEIA CAROTÍDEA: ETIOLOGIA SUBDIAGNOSTICADA DE AVC ISQUÊMICO EM DOENTES JOVENS
- PO 278 HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA ASSOCIADA A OXALIPLATINA E LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA
- PO 279 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL DA CIRCULAÇÃO POSTERIOR COMO MANIFESTAÇÃO DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES
- PO 280 ANEMIA HEMOLÍTICA IMUNE SECUNDÁRIA AO PEMBROLIZUMAB COM HIPORRETICULOCITOSE PARADOXAL E HEPATITE
- PO 281 UMA TETRAPARÉSIA POTENCIALMENTE REVERSÍVEL
- PO 282 DO COMPRIMIDO AO COLAPSO: UM DESAFIO NA SALA DE EMERGÊNCIA
- PO 283 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – UM EFEITO ADVERSO FARMACOLÓGICO
- PO 284 DOENÇAS CROMOSSÔMICAS RARAS NO ADULTO: A IMPORTÂNCIA DA MEDICINA INTERNA NUM DESAFIO MULTISSISTÊMICO
- PO 285 FRATURA PATOLÓGICA EM ENFERMARIA DE ORTOPEDIA: DIAGNÓSTICO DE PLASMOCITOMA ÓSSEO SOLITÁRIO
- PO 286 FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA (FOI): ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES (ACG) EM DOENTE COM COMORBILIDADES
- PO 287 ESPONDILODISCITE COM BACTERIÊMIA PERSISTENTE EM DOENTE COM PACEMAKER: QUANDO A REMOÇÃO NÃO É OPÇÃO
- PO 288 SÍNDROME DE TROUSSEAU FULMINANTE: APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE UM ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

- PO 289 NECROSE CUTÂNEA ESCROTAL INDUZIDA POR TERLIPRESSINA: UMA COMPLICAÇÃO ISQUÊMICA RARA
- PO 290 QUANDO A CLÍNICA SUPERA A ESTATÍSTICA: COLANGIOCARCINOMA METASTÁTICO
- PO 291 HEPATITE IATROGÊNICA POR TERAPÊUTICA COM ESTATINA – UM EFEITO ADVERSO RARO
- PO 292 DOENÇA DE MADELUNG: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENTE OBESO
- PO 293 DOENÇA NEUROLÓGICA FUNCIONAL
- PO 294 DOENÇA DE STILL: UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO
- PO 295 TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.
- PO 296 REVIRA(E)VOLTA – DOENÇA DE LYME
- PO 297 FECALOMA COMPLICADO COM MEGACÓLON: DE OBSTIPAÇÃO CRÔNICA A EMERGÊNCIA CIRÚRGICA.
- PO 298 DO OLHO AO TODO: A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA.
- PO 299 QUANDO UM AVC NÃO É UM SIMPLES AVC
- PO 300 ENTRE A TOXICIDADE E O TUMOR: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GRAVE EM DOENTE COM CARCINOMA DO PULMÃO
- PO 301 BURSITE DO OMBRO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ENDOCARDITE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE
- PO 302 PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO: UMA DOENÇA RARA A REVELAR-SE ATRAVÉS DA POLIVASCULOPATIA
- PO 303 BACTERIEMIA PERSISTENTE REVELANDO ESPONDILODISCITE LOMBAR COM ABCESSO DO PSOAS: UM DESAFIO CLÍNICO
- PO 304 POLIARTRALGIAS COMO MANIFESTAÇÃO PARANEÓPLÁSICA DE ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS
- PO 305 DE DOR DE GARGANTA À DIÁLISE: UM CASO DE GLOMERULONEFRITE PÓS- ESTREPTOCÓCICA NO ADULTO
- PO 306 HIPOTENSÃO E HIPOGLICEMIA EM DOENTE SOB PEMBROLIZUMAB: QUANDO SUSPEITAR DE HIPOFISITE
- PO 307 PARAGANGLIOMA INTERAORTO-CAVA COMO CAUSA DE DESCOMPENSAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA
- PO 308 FEBRE PERSISTENTE E CITOPENIAS: UM ENIGMA DIAGNÓSTICO QUE REVELOU TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR
- PO 309 ERITEMA NODOSO COMO PISTA DIAGNÓSTICA DE SARCOIDOSE: DOIS CASOS DE SÍNDROME DE LÖFGREN
- PO 310 DIARREIA CRÔNICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 1: ENTRE ENTEROPATIA E HELMINTÍASE NÃO TRATADA
- PO 311 SÍNDROME SAPHO REFRACTÁRIA COM PSORÍASE PARADOXAL SOB ANTI-TNF: RESPOSTA APÓS INIBIÇÃO DE IL-17
- PO 312 HEMOFILIA A ADQUIRIDA ASSOCIADA A CARCINOMA UROTELIAL: RELATO DE UM CASO RARO
- PO 313 QUANDO A MGUS PROGRIDE DE FORMA ATÍPICA: MIELOMA MÚLTIPLO COM ENVOLVIMENTO PLEURAL
- PO 314 SÍNDROME AÓRTICA SUBAGUDA: DO EPISÓDIO INICIAL À ANGIO-TC DECISIVA
- PO 315 SÍNDROME DE LÖFGREN: UM PUZZLE DE TRÊS PEÇAS
- PO 316 AMILOIDOSE CARDÍACA DE CADEIAS LEVES, DE LEVE NÃO TEM NADA
- PO 317 CANDIDA NORVEGENSIS: CAUSA RARA DE INFECÇÃO EM DOENTES IMUNOCOMPROMETIDOS
- PO 318 MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA: MARCHA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA
- PO 319 TROMBOCITOPENIA POR PANTOPRAZOL
- PO 320 ERITEMA NODOSO RECORRENTE SECUNDÁRIO A TIBOLONA.
- PO 321 SÍNDROME DE GOOD, UMA CAUSA RARA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA DO ADULTO
- PO 322 ADENOCARCINOMA DE PRIMÁRIO OCULTO: O PAPEL DA PATOLOGIA MOLECULAR NA DISSEMINAÇÃO MULTISSISTÊMICA
- PO 323 SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODEOXIA SECUNDÁRIA À ARTRITE REUMATOIDE
- PO 324 UMA FORÇA DE PERDER UM RIM
- PO 325 AORTITE E PERIAORTITE IDIOPÁTICAS COMO CAUSA DE LESÃO RENAL AGUDA OBSTRUTIVA
- PO 326 TUBERCULOSE DISSEMINADA – NEM TODOS OS CASOS SÃO IMPORTADOS
- PO 327 SOB O VÉU DO DELIRIUM E DEMÊNCIA: MENINGOENCEFALITE RELATO DE CASO CLÍNICO
- PO 328 DOCE DE MAIS PARA FICAR PARADO: HEMICOREIA SECUNDÁRIA A DIABETES
- PO 329 LESÃO RENAL AGUDA ISQUÊMICA EM CONTEXTO DE DOENÇA RENAL ATÉROSCLERÓTICA
- PO 330 CELIAC DISEASE PRESENTING AS PERIPHERAL LYMPHADENOPATHY: DIAGNOSTIC CHALLENGES IN IGA DEFICIENCY
- PO 331 ADENOPATIA SUPRACLAVICULAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA B
- PO 332 TIROIDITE SUBAGUDA ASSOCIADA A OFATUMUMAB EM DOENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA
- PO 333 PNEUMONIA ORGANIZATIVA EM DOENTE COM ANTECEDENTE DE CARCINOMA
- PO 334 O PREÇO DA CURA: MIOCARDIOPATIA TÓXICA APÓS TRATAMENTO ONCOLÓGICO
- PO 335 ENTRE INFLAMAÇÃO E DISFUNÇÃO: UMA PERSPECTIVA SOBRE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO
- PO 336 DERRAME PLEURAL SECUNDÁRIO A DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE
- PO 337 HEPATITE A AGUDA EM ADULTO JOVEM: A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO NA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO
- PO 338 PONTAS SOLTAS... ENDOCARDITE ASSOCIADA AO ELETROCATÉTER
- PO 339 PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SARCOIDOSE
- PO 340 SÍNDROME DE FANCONI INDUZIDO POR PIRAZINAMIDA UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA

- PO 341 AVC DISTAL E PARAPROTEINEMIA: COINCIDÊNCIA OU CONTRIBUTO FISIOPATOLÓGICO?
- PO 342 PARA ALÉM DOS DIAGNÓSTICOS HABITUAIS: SERRATIA MARCESCENS COMO CAUSA DE CAVITAÇÃO PULMONAR
- PO 343 QUANDO VERTIGEM E ATAXIA NÃO SÃO AVC: UM CASO DE NEUROSÍFILIS
- PO 344 PSEUDO ANEMIA MICROANGIOPÁTICA TROMBÓTICA ASSOCIADA A DÉFICE DE VITAMINA B12: CASO CLÍNICO
- PO 345 HEMORRAGIA DIGESTIVA RECORRENTE EM DOENTE COM FA E CONTRAINDICAÇÃO PARA ANTICOAGULAÇÃO
- PO 346 HEMOCROMATOSE COM HETEROZIGOTIA C282Y E DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 347 UMA ZOONOSE NEM SEMPRE VEM SÓ
- PO 348 NEM TODA A MICOBACTÉRIA É TUBERCULOSE: UMA SÉRIE DE CASOS
- PO 349 O C QUE CONTA: QUANDO A ANEMIA NÃO É SÓ FERROPÊNICA
- PO 350 FEBRE INTERMITENTE... CORAÇÃO DOENTE?
- PO 351 INTOLERÂNCIA ORTOSTÁTICA COMO CAUSA DE SÍNCOPE: O VALOR DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- PO 352 CARCINOMA INDIFERENCIADO DE PRIMÁRIO OCULTO NUMA DOENTE IMUNOCOMPROMETIDA: QUANDO NEM TUDO É INFEÇÃO
- PO 353 DOS NÓDULOS ÀS ADENOPATIAS – O CAMINHO SINUOSO DA SARCOIDOSE
- PO 354 ICTERÍCIA E PERDA PONDERAL: MANIFESTAÇÕES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA
- PO 355 ESTENOSE PILÓRICA EM DOENTE DE RISCO – O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO
- PO 356 QUANDO O FÍGADO SE ESCONDE ATRÁS DO SISTEMA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO SISTÊMICO
- PO 357 LIPOTIMIAS RECORRENTES: QUANDO A CAUSA ESTÁ NO FÍGADO
- PO 358 GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGÉITE: UMA TEMPESTADE IMUNOLÓGICA MULTISSISTÊMICA
- PO 359 UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE OU SARCOIDOSE COM ATINGIMENTO INCOMUM?
- PO 360 QUANDO A ANAMNESE LUDIBRIA O DIAGNÓSTICO FINAL
- PO 361 QUANDO OS D-DÍMEROS ENGANAM: SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA SEM TROMBOEMBOLISMO
- PO 362 COREIA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE DOENÇA DE GRAVES
- PO 363 MIOPERICARDITE RECIDIVANTE NA POLIARTERITE NODOSA: QUANDO O CORAÇÃO É O ÓRGÃO ALVO
- PO 364 NEM TUDO O QUE PARECE É UM CASO DE VASCULITE ANCA
- PO 365 CÃIBRAS GENERALIZADAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 366 NEM TUDO É AVC: UM CASO DE PRES
- PO 367 LÚPUS, MAS NÃO SÓ ...
- PO 368 NEM TODA ICTERÍCIA É HEPATITE: UM CASO DE DOENÇA DE WEIL
- PO 369 UNEXPLAINED ASCITES REVEALING PSEUDOMYXOMA PERITONEI
- PO 370 PSEUDOANEURISMA PANCREÁTICO, UMA RARIDADE
- PO 371 ADENOPATIAS: UM PROVÁVEL LINFOMA DESMENTIDO PELA HISTÓRIA SEXUAL
- PO 372 CARCINOMATOSE DIFUSA DA MEDULA ÓSSEA
- PO 373 NEUROCISTICERCOSE ATIVA EM DOENTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO: DESAFIO NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA
- PO 374 SÍNDROMES AUTO-INFLAMATÓRIAS: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL
- PO 375 PARA ALÉM DA COLECISTITE AGUDA: UM CASO DE TUBERCULOSE DISSEMINADA
- PO 376 POLINEUROPATIA GRAVE SECUNDÁRIA A DISSULFIRAM
- PO 377 SARCOIDOSE EXTRAPULMONAR: QUANDO O PULMÃO NÃO É O PROTAGONISTA
- PO 378 LINFOMA: UMA PATOLOGIA MULTIFACETADA
- PO 379 MICOBACTERIOSES ATÍPICAS: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL E TARDIO
- PO 380 COMPLICAÇÕES ALÉM DO CORAÇÃO: ENVOLVIMENTO MENINGOENCEFÁLICO NA ENDOCARDITE INFECCIOSA
- PO 381 EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÊNICO E GADOLÍLIO: UMA COMPLICAÇÃO RARA
- PO 382 MONONEUROPATIA MÚLTIPLA E INSUFICIÊNCIA RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA
- PO 383 OCLUSÃO INTESTINAL COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE MELANOMA METASTÁTICO
- PO 384 SÍNDROME DE SWEET – DESAFIO DIAGNÓSTICO NUMA APRESENTAÇÃO FEBRIL COM LESÕES CUTÂNEAS
- PO 385 QUANDO O ANTIBIÓTICO SE TORNA O SUSPEITO: FEBRE E PANCITOPENIA SECUNDÁRIAS A PIPERACILINA/TAZOBACTAM
- PO 386 TUMOR PRIMÁRIO OCULTO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENTE JOVEM
- PO 387 FEBRE, RASH E PANCITOPENIA: O ROSTO DA HLH
- PO 388 QUANDO A PNEUMONIA NÃO RESPONDE: ASPERGIOSE INVASIVA EM DOENTE COM VIH AVANÇADO
- PO 389 UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- PO 390 TAQUICARDIA SINUSAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO ORTOSTÁTICA
- PO 391 COMPRESSÃO MEDULAR COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE TUMOR OCULTO
- PO 392 TROMBOEMBOLIA PULMONAR DE REPETIÇÃO E UMA TROMBOFILIA ESCONDIDA?

- PO 393 QUANDO O ABCESSO SIMULA NEOPLASIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 394 ROMBOENCEFALITE COMO APRESNETAÇÃO DE DOENÇA DE BEHÇET
- PO 395 ATINGIMENTO PULMONAR NA SÍNDROME DE SJÖGREN: DE LIP A LINFOMA MALT
- PO 396 BACTERIEMIA POR CLOSTRIDIUM PARAPUTRIFICUM: ALERTA PARA NEOPLASIA OCULTA
- PO 397 DOENÇA DE SJOGREN COM ENVOLVIMENTO PULMONAR E HEMATOLÓGICO: UM MIMETIZADOR DE DOENÇA NEOPLÁSICA
- PO 398 ASCITE DE ETIOLOGIA NEOPLÁSICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS
- PO 399 SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT: RELATO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 400 SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA RARA
- PO 401 PARA ALÉM DA ENDOCARDITE: RELATO DE UM CASO COMPLEXO
- PO 402 COREIA HIPERGLICÊMICA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA DIABETES MELLITUS
- PO 403 POEMS: QUANDO A CLÍNICA FALA EM VERSOS COMPLEXOS
- PO 404 TRÊS TUMORES, UMA APRESENTAÇÃO NEUROLÓGICA
- PO 405 PETÉQUIAS NO IDOSO: UM SINAL PEQUENO, UM DIAGNÓSTICO GRANDE
- PO 406 ROTURA VESICAL: UM CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA
- PO 407 HIPERTENSÃO MALIGNA NO JOVEM: UMA CAUSA A NÃO ESQUECER
- PO 408 PANCITOPENIA DE ETIOLOGIA “CLIPTOGÉNICA”
- PO 409 SUPRARRENAIS EM RUTURA: UM DIAGNÓSTICO RARO POR DETRÁS DE UMA DOR ABDOMINAL REFRATÁRIA
- PO 410 MELANOMA CUTÂNEO E INFECÇÃO POR VIH: UM DIAGNÓSTICO ALÉM DA PELE
- PO 411 ARTROPATIA E HEMOCROMATOSE
- PO 412 INSUFICIÊNCIA RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE VASCULITE ANCA-MPO
- PO 413 INSULINOMA COMO CAUSA DE HIPOGLICEMIA RECORRENTE: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO
- PO 414 VASCULITE LEUCOCITOCLASTICA PÓS-INFECIOSA: UM DIAGNÓSTICO CLÍNICO SISTEMATIZADO
- PO 415 QUANDO A LEUCOCITOSE EXTREMA NÃO É LEUCEMIA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DE PLASMÓCITOS
- PO 416 APRESENTAÇÃO OCULAR ISOLADA DE DOENÇA SISTÊMICA UM CASO DE TUBERCULOSE OCULAR
- PO 417 PARA ALÉM DA DEMÊNCIA: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE DE ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO
- PO 418 COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ESCLEROSE SISTÊMICA: UMA EVOLUÇÃO ATÍPICA
- PO 419 ANSIEDADE OU ALARME ONCOLÓGICO? UM TUMOR MEDIASTÍNICO MALIGNO E O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- PO 420 TEMPESTADE DE COMPLICAÇÕES NA TRANSPLANTADA RENAL: DE SÉPSIS A CALCIFILAXIA
- PO 421 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: QUANDO A CAUSA É ANATÔMICA
- PO 422 KLEBSIELLA PNEUMONIAE OXA-48 EM DOENTE TRANSPLANTADA HEPÁTICA: UM DESAFIO TERAPÊUTICO
- PO 423 ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS PÓS-BYPASS GÁSTRICO: PANCITOPENIA COMO MANIFESTAÇÃO INCOMUM
- PO 424 TEMPESTADE TROMBÓTICA: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO
- PO 425 DOR REFERIDA ABDOMINAL COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ESPONDILODISCITE TORÁCICA
- PO 426 A CAUSA ACIMA DA PERNA: DOIS CASOS DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
- PO 427 UMA RECEITA MAL INTERPRETADA, UM COMA EVITÁVEL
- PO 428 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM ENVOLVIMENTO MULTISSISTÊMICO ATÍPICO
- PO 429 ARTRITE SÉPTICA INTERAPOFISÁRIA FULMINANTE ACELERADA POR CORTICOTERAPIA: CASO CLÍNICO
- PO 430 HIPERTENSÃO MEDIADA POR ALDOSTERONA: ALERTA PARA AVALIAÇÃO HORMONAL ANTES DE ESIPIRONOLACTONA
- PO 431 CEFALÉIA – UM SINTOMA INESPECÍFICO QUE ESCONDE ALGO MAIS
- PO 432 CONTROLO DA FREQUÊNCIA E DESCONTROLO HORMONAL: CASO DE TIROTOXICOSE INDUZIDA PELA AMIODARONA
- PO 433 DA PROFILAXIA URINÁRIA À HEPATITE AGUDA: UM EFEITO ADVERSO POUCO FREQUENTE
- PO 434 LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA COMO APRESENTAÇÃO DE INFECÇÃO VIH INAUGURAL: CASO CLÍNICO
- PO 435 O GRANDE MIMETIZADOR: TUBERCULOSE DISSEMINADA SIMULANDO VASCULITE GRANULOMATOSA
- PO 436 DOR ABDOMINAL E EOSINOFILIA: UM PERCURSO DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- PO 437 PERDA PONDERAL NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA CAUSA MECÂNICA INESPERADA
- PO 438 DOR ABDOMINAL E EOSINOFILIA: UM PERCURSO DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- PO 439 CEFALÉIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA PULMONAR METASTÁTICA
- PO 440 SÍNDROME DE SWEET, UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR
- PO 441 QUANDO O PSA NÃO CONTA A HISTÓRIA TODA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 442 HIPONATRÉMIA NO JOVEM, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 443 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDÁRIO A ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS E UROSSÉPSIS
- PO 444 AGRAVAMENTO RENAL APÓS INFECÇÃO: O PAPEL DA NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA

PO 445 QUANDO ELA NÃO É O QUE PARECE

PO 446 PARA ALÉM DO PULMÃO: A FACE MULTISSISTÊMICA DA SARCOIDOSE

PO 447 QUANDO A TRANSIÇÃO TERAPÊUTICA FALHA: APLASIA MEDULAR FATAL POR METOTREXATO

PO 448 FORAMEN OVALE PATENTE COMO CAUSA DE AVC

PO 449 ENTRE TELANGIECTASIAS E HEMORRAGIAS: SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU

PO 450 SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICA OCULTA

PO 451 NEUROSSÍFILIS COMO CAUSA REVERSÍVEL DE DETERIORAÇÃO COGNITIVA NO IDOSO

PO 452 EMBOLIA PULMONAR E GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA: UMA ASSOCIAÇÃO FREQUENTE

PO 453 UM CUSHING INCOMUM

PO 454 CRISE CONVULSIVA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HIPERCALCÊMIA GRAVE

PO 455 QUANDO AS DORES ESCONDEM O DIAGNÓSTICO

PO 456 QUANDO O PULMÃO É APENAS A PONTA DO ICEBERG: POLISSEROSITE COMO MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA OCULTA.

PO 457 QUANDO 115 VIRA 131 EM 48 HORAS: SÍNDROME DE DESMIELINIZAÇÃO OSMÓTICA APÓS CORREÇÃO DE HIPONATREMIA

PO 458 OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO EM ARTRITE GOTOSA REFRACTÁRIA

PO 459 SARCOIDOSE GANGLIONAR ABDOMINAL COMO CAUSA INESPERADA DE LOMBOCIATALGIA

PO 460 TUBERCULOSE PERITONEAL UM CASO CLÍNICO

PO 461 ADENOMEGALIAS CERVICAIS NO JOVEM: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

PO 462 PRIAPISMO ISQUÊMICO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE POLICITÊMIA VERA

PO 463 NEM TODAS AS PNEUMONIAS SÃO IGUAIS – A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR!

PO 464 RAMSAY HUNT INCOMPLETO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM JOVEM SOB IMUNOMODULAÇÃO

PO 465 CADEIAS LEVES, MAS PERIGOSAS! – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO 466 HIPERFERRITINEMIA MARCADA E CITÓLISE HEPÁTICA: SOBRECARGA FÉRRICA OU HEPATITE AUTOIMUNE?

PO 467 CRIOGLOBULINEMIA TIPO II COM ENVOLVIMENTO CUTÂNEO E RENAL: PARA ALÉM DAS CAUSAS CLÁSSICAS

PO 468 PROCTITE ESTERCORAL UM CASO CLÍNICO

PO 469 PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA OBSTRUTIVA POR CORPO ESTRANHO ENDOBRÔNQUICO NUM ADULTO JOVEM

PO 470 ESPONDILODISCITE MULTIFOCAL COMO DESAFIO DIAGNÓSTICO

PO 471 CARCINOMA DA MAMA: APRESENTAÇÃO INAUGURAL COM FALÊNCIA HEMATOLÓGICA E TROMBOSE MULTIORGÂNICA

PO 472 NEM TUDO É CANCRO: HELICOBACTER PYLORI COMO MIMETIZADOR DE NEOPLASIA GÁSTRICA

PO 473 NEM TUDO É HEMOCROMATOSE: A HIPERFERRITINEMIA QUE TINHA DUAS CAUSAS

PO 474 DOENÇA DE DEPOSIÇÃO DE CADEIAS LEVES: UMA CAUSA RARA DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL

PO 475 MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES: IMPORTÂNCIA DA CONFIRMAÇÃO HISTOLÓGICA

PO 476 O ABDÔMEN COMO PRIMEIRA PISTA: EMBOLIZAÇÃO VISCERAL REVELANDO FIBRILHAÇÃO AURICULAR

PO 477 VASCULITE ANCA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO 478 TRANSFORMAÇÃO HEMORRÁGICA TARDIA COMO COMPLICAÇÃO DE AVC ISQUÊMICO

PO 479 SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR E ADENOPATIA DE VIRCHOW: DOIS CLÁSSICOS, UMA DOENÇA

PO 480 CATATONIA CAUSA OU CONSEQUÊNCIA DE HIPONATRÊMIA?

PO 481 VASCULITE ANCA-MPO POSITIVA COM ENVOLVIMENTO RENAL

PO 482 ESPONDILODISCITE POR CANDIDA GLABRATA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PO 483 DA FEBRE Q À LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA

PO 484 DERMATOSE EXUBERANTE E PANCITOPÊNIA: INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA SISTÊMICA SUBJACENTE

PO 485 DA SUSPEITA DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA À TUBERCULOSE PERITONEAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA

PO 486 SÍNDROME SÉPTICO REFRACTÁRIO À ANTIBIOTERAPIA: INFECÇÃO DISSEMINADA POR BCG

PO 487 COMPLICAÇÃO RARA DE UM PROCEDIMENTO COMUM

PO 488 EDEMA PULMONAR EM FLASH UM A CAUSA RENAL

PO 489 ABCESSOS HEPÁTICOS MÚLTIPLOS E TROMBOSE SUPRA-HEPÁTICA SÉPTICA COMO MANIFESTAÇÃO DE LESÃO COLORRETAL

PO 490 BACTERIEMIA RECORRENTE POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS: UM FOCO VERTEBRAL INESPERADO

PO 491 VASCULITE DE PEQUENOS VASOS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE CÉLULAS T

PO 492 PSEUDOTUMORES POR METALOSE APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

PO 493 PARA ALÉM DAS CAUSAS COMUNS: HEPATITE AUTOIMUNE NUMA DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA DE EVOLUÇÃO RÁPIDA

PO 494 DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE A PNEUMONIA NECROTIZANTE E TUBERCULOSE PULMONAR

PO 495 PANCREATITE AGUDA GRAVE POR HIPERTRIGLICERIDÊMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO

PO 496 ENVOLVIMENTO MIOCÁRDICO NUMA SÍNDROME ANTISINTETASE COM ANTICORPO ANTI-EJ

- PO 497 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA: DE MIOSITE A MIOCARDITE
- PO 498 SYNCHRONOUS HIGH-GRADE B-CELL LYMPHOMA AND ENDOBRONCHIAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA: A CASE REPORT
- PO 499 TUBERCULOSE RENAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 500 DERRAME PERICÁRDICO NO PUERPÉRIO: UMA ETIOLOGIA ONCOLÓGICA INESPERADA
- PO 501 AS RARAS LESÕES DE CAMERON
- PO 502 FRAGILIDADE VASCULAR NA DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA – DISSEÇÃO AÓRTICA EM DOENTE JOVEM
- PO 503 QUANDO A MASSA PÉLVICA NÃO É GINECOLÓGICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 504 O ESTRANHO CASO DE UMA APARENTE GASTROENTERITE
- PO 505 AN UNUSUAL CULPRIT: ACUTE INTERSTITIAL PNEUMONIA SECONDARY TO ACITRETIN
- PO 506 SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 507 ÁCIDO VALPRÓICO SUBCUTÂNEO: UMA FORMA SEGURA E EFICAZ DE TRATAR EPILEPSIA EM CUIDADOS PALIATIVOS
- PO 508 DOENÇA CELÍACA NO IDOSO: RECONHECER PARA DIAGNOSTICAR
- PO 509 PNEUMOENCEFALIA COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA TORÁCICA: UMA CAUSA INVULGAR
- PO 510 UMA TIROIDE HIPERATIVA, UM CORAÇÃO EM TEMPESTADE
- PO 511 DA PELE AO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: VÍRUS VARICELA-ZOSTER
- PO 512 DA BOCA AO NERVO
- PO 513 ESTIMULAÇÃO FRÊNICA NA SÍNDROME DE TWIDDLER
- PO 514 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE INFECÇÃO POR VIH
- PO 515 QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA A CAUSA: RABDOMIÓLISE ASSOCIADA A HALOPERIDOL INTRAMUSCULAR
- PO 516 ABCESSO MAMÁRIO COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÊMICA
- PO 517 NEUROPSYCHIATRIC MANIFESTATIONS AS THE INITIAL PRESENTATION OF MULTIPLE MYELOMA: A CASE REPORT
- PO 518 MAIS DO QUE UM TROMBO: MANIFESTAÇÃO INICIAL DE CARDIOMIOPATIA DILATADA
- PO 519 HEMOPERITONEU COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA HEMATOLÓGICA
- PO 520 UMA GRIPE PARALISANTE UM CASO DE PARAPLEGIA SÚBITA NUM DOENTE HEMODIALISADO
- PO 521 NEOPLASIA DO PÂNCREAS COMO DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE SÍNDROME MEN
- PO 522 DOENÇAS GASTROINTESTINAIS EOSINOFÍLICAS: UM DIAGNÓSTICO IMPORTANTE A CONSIDERAR
- PO 523 PORFIRIA CUTÂNEA TARDIA: A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DE MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS
- PO 524 DIALYSIS-DEPENDENT ANCA ASSOCIATED VASCULITIS COMPLICATED BY DIGITAL NECROSIS REQUIRING AMPUTATION
- PO 525 MALABSORÇÃO E DOENÇA HEPÁTICA APÓS BYPASS: O OUTRO LADO DA CIRURGIA BARIÁTRICA
- PO 526 SÍNDROME DE FROIN A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 527 TROMBOSE DA VEIA PORTA COMO MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR
- PO 528 DE UM INSULTO AGUDO À DOENÇA CRÔNICA: NEFROTOXICIDADE MEDICAMENTOSA!
- PO 529 UM CASO QUE NOS TIRA O CHÃO: PARAPARÉSIA BILATERAL COMO APRESENTAÇÃO DE PLASMOCITOMA
- PO 530 DOR TORÁCICA APARENTEMENTE BENIGNA: QUANDO A RADIOGRAFIA DE TÓRAX FAZ A DIFERENÇA
- PO 531 FEBRE E LESÕES CUTÂNEAS: O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE SWEET
- PO 532 VASCULITE CRIOGLOBULINÉMICA UM CASO RARO SEM ETIOLOGIA
- PO 533 VASCULITE REUMATOIDE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
- PO 534 HIPOTIROIDISMO INDUZIDO PELA CARBAMAZEPINA: UM CASO CLÍNICO
- PO 535 METILFENIDATO: O POSSÍVEL CULPADO
- PO 536 PANCITOPENIA E HEMÓLISE INTRAMEDULAR COMO MANIFESTAÇÃO DE ANEMIA PERNICIOSA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 537 PETÉQUIAS NÃO TROMBOCITOPÊNICAS: UMA PISTA PARA VASCULITE C-ANCA
- PO 538 ENDOCARDITE PROTÉSICA POR CUTIBACTERIUM ACNES: QUANDO O RARO ENGANA
- PO 539 DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 540 LIPODISTROFIA PARCIAL ADQUIRIDA- RELATO DE CASO CLÍNICO
- PO 541 DA SÉPSIS À AUTOIMUNIDADE: SÍNDROME ANTISSINTETASE ANTI-PL7 COMO DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 542 MANIFESTAÇÕES PULMONARES COMO MANIFESTAÇÕES INAUGURAIS DE SÍNDROME ANTI-SINTETASE
- PO 543 CASO CLÍNICO: CIATALGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO IGD
- PO 544 PÊNFIGO BOLHOSO INDUZIDO POR ANTI-DIABÉTICO ORAL: RELATO DE CASO
- PO 545 DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA REVERSÍVEL APÓS INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO: DOIS CASOS CLÍNICOS
- PO 546 EDEMA DO PÊNIS PÓS-PARACENTESE: UMA COMPLICAÇÃO RARA
- PO 547 HIPOMAGNESEMIA GRAVE COMO CAUSA REVERSÍVEL DE SÍNDROME CEREBELOSA E MIOCLONIAS
- PO 548 QUANDO A FEBRE NÃO É INFECÇÃO

- PO 549 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA MEDIASTÍNICO
- PO 550 ESPLENOMEGÁLIA MACIÇA: MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE NIEMANN-PICK NO ADULTO JOVEM
- PO 551 DERRAME PLEURAL NA DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 552 ENDOCARDITE POR CAMPYLOBACTER FETUS EM VÁLVULA NATIVA: UM CASO RARO COM COMPLICAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS
- PO 553 CUIDADO COM O BALDE
- PO 554 SÍNDROME RS3PE: DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR NA POLIARTRITE AGUDA DO IDOSO
- PO 555 ACIDENTE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO COMO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE DOIS TUMORES PRIMÁRIOS SÍNCRONOS
- PO 556 NEUTROPENIA DURANTE TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECIOSA
- PO 557 DISFUNÇÃO VENTILATÓRIA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA
- PO 558 HEPATITE AUTOIMUNE SERONEGATIVA: O DIAGNÓSTICO INVISÍVEL
- PO 559 INFECÇÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS, UM AGENTE INESPERADO
- PO 560 MITRACLIP – UM CASO DE SUCESSO
- PO 561 SÉPSIS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE PEQUENOS LINFÓCITOS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 562 OVERLAP SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON/ NECROSE EPIDÉRMICA TÓXICA ASSOCIADA A DURVALUMAB
- PO 563 SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO: UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER
- PO 564 QUANDO A HIPERTENSÃO BRINCA ÀS ESCONDIDAS
- PO 565 DOENÇAS AUTOIMUNES SAPHO, A IMPORTÂNCIA DA IMAGEM
- PO 566 QUANDO A ASCITE EXIGE PACIÊNCIA
- PO 567 FEBRE Q: UMA CAUSA RARA DE HEPATITE E SÍNDROME CONSTITUCIONAL PROLONGADO
- PO 568 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO SOB HIPOCOAGULAÇÃO
- PO 569 INFECÇÕES DE REPETIÇÃO NO CONTEXTO DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA CASO CLÍNICO
- PO 570 MENINGITE OTOGÉNICA A S. PNEUMONIAE A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE PARA O DIAGNÓSTICO
- PO 571 ENDOFTALMITE ENDÓGENA SEM DISSEMINAÇÃO SISTÊMICA IDENTIFICADA
- PO 572 TAMPONAMENTO CARDÍACO E UM CONVIDADO INESPERADO: UMA RARA APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE TIMOMA
- PO 573 DIABETES TIPO 1 FULMINANTE COMO EFEITO ADVERSO DA IMUNOTERAPIA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
- PO 574 SÍNDROME DE LISE TUMORAL CASO CLÍNICO
- PO 575 HEPATITE AUTOIMUNE-LIKE INDUZIDA POR NITROFURANTOÍNA COM FIBROSE AVANÇADA: UM DESAFIO CLÍNICO
- PO 576 ENTRE SOMBRAS CUTÂNEAS E SILÊNCIOS RENAI: O DESPERTAR DE UMA VASCULITE LEUCOCITOCLÁSTICA
- PO 577 SÍNDROME ANTI-SINTETASE: QUANDO A DISPNEIA ESCONDE UMA MIOPATIA
- PO 578 ORTOSTATISMO COMO CAUSA DE HIPOXEMIA: UM CASO DE PLATIPNEIA-ORTODESOXIA POR FORAMEN OVAL PATENTE
- PO 579 ENDOCARDITE DA VALVULA DE EUSTAQUIO: DIAGNÓSTICO DESAFIANTE
- PO 580 NEOSTIGMINA – PAPEL NA SÍNDROME DE OGILVIE
- PO 581 PÊNFIGO NA GÊNESE DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL
- PO 582 QUANDO O RITMO ANTEVÊ A COMPLICAÇÃO: UM CASO DE ENDOCARDITE COMPLICADA
- PO 583 ARTRITE REATIVA A PEMBROLIZUMAB CASE REPORT
- PO 584 FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA COMO APRESENTAÇÃO DE ENDOCARDITE INFECIOSA
- PO 585 FEOCROMOCITOMA NO IDOSO: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM
- PO 586 DA FADIGA MUSCULAR AO ENVOLVIMENTO SISTÊMICO: UM CASO DE MIOSITE INFLAMATÓRIA IDIOPÁTICA
- PO 587 SÍNDROME DE MAY-THURNER UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TVP
- PO 588 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE NOVO EM DOENTE JOVEM: PAPEL DA SAOS E OBESIDADE
- PO 589 IMPORTÂNCIA DE SUSPEITA DE INFECÇÃO PRO PARASITAS EM DOENTES COM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL
- PO 590 COLESTASE APÓS INTENSIFICAÇÃO TERAPÊUTICA: COINCIDÊNCIA OU DOENÇA SUBJACENTE?
- PO 591 UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE LINFOMA T
- PO 592 CEREBELITE TÓXICA ASSOCIADA A ISONIAZIDA: RELATO DE CASO CLÍNICO
- PO 593 ENDOCARDITE DE PRÓTESE VALVULAR COM EMBOLIZAÇÃO SÉTICA MULTIORGÂNICA
- PO 594 CARCINOMATOSE PERITONEAL: UM DIAGNÓSTICO RARO E DESAFIANTE
- PO 595 LATE-ONSET NEUTROPENIA ASSOCIATED WITH OCRELIZUMAB IN RELAPSING-REMITTING MULTIPLE SCLEROSIS
- PO 596 QUANDO A PARAPARESIA ESCONDE UM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO
- PO 597 ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA E O PAPEL DA ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO
- PO 598 POLIMIALGIA REUMÁTICA: DA AUTONOMIA À DEPENDÊNCIA
- PO 599 QUANDO A PELE ANTECIPA O DIAGNÓSTICO: SÍNDROME DE BAZEX
- PO 600 DISFUNÇÃO RENAL AGUDA E ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA À METFORMINA EM DOENTE SOB ABEMACICLIB

- PO 601 VASCULITE ANCA MPO: DO DIAGNÓSTICO À INDUÇÃO
- PO 602 CANDIDÊMIA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DIABETES MELLITUS
- PO 603 AVC ISQUÊMICO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE SÍNDROME NEFRÓTICA POR ANTICORPO ANTI-PLA2R
- PO 604 FIBROSE RETROPERITONEAL EXTENSA NA DOENÇA RELACIONADA COM IGG4: DESAFIO DIAGNÓSTICO SEM BIÓPSIA
- PO 605 PNEUMOCISTOSE COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE VIH EM IDADE AVANÇADA
- PO 606 WAKE UP STROKE COMO MANIFESTAÇÃO DE DISSEÇÃO DA AORTA TIPO A
- PO 607 UM CASO RARO DE OMALGIA: ARTRITE SÉTICA ESTERNOCLAVICULAR
- PO 608 PNEUMONIA NECROTIZANTE POR MORGANELLA MORGANII NO DOENTE CRÍTICO: UMA COMPLICAÇÃO RARA
- PO 609 UM CASO DE PLURIPATOLOGIA MANIFESTADAS POR DÉFICES NEUROLÓGICOS
- PO 610 VASCULITE P-ANCA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA E OS SEUS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS
- PO 611 ESCAPE RECORRENTE DO VIH NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UM CASO COMPLEXO DE ENCEFALITE
- PO 612 HEMOPTISES E INSUFICIÊNCIA RENAL: DUAS PISTAS, UM DIAGNÓSTICO
- PO 613 SINAL DE PEMBERTON: UMA PISTA PARA SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR
- PO 614 ABCESSOS CEREBRAIS POR NOCARDIA: UMA INFECÇÃO OPORTUNISTA RARA
- PO 615 PARALISIA FACIAL BILATERAL UM CASO RARO
- PO 616 PARALISIA DO III PAR E HEMIPARESIA CONTRALATERAL: UM CASO DE SÍNDROME DE WEBER
- PO 617 NÓDULOS HEPÁTICOS: UM MISTÉRIO GRANULOMATOSO
- PO 618 BACTERIÊMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 619 DA COMPLEXIDADE DA ANALGESIA AO TRATAMENTO DE FERIDA MALIGNA
- PO 620 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA HIPERCALCÊMIA NA DOENÇA ONCOLÓGICA: UM CASO CLÍNICO
- PO 621 FEBRE Q CRÔNICA NUM DOENTE NEPALÊS COM CARDIOPATIA REUMÁTICA: QUANDO A EPIDEMIOLOGIA IMPORTA
- PO 622 RAIVA EM PORTUGAL: UMA DOENÇA QUASE ESQUECIDA E FATAL
- PO 623 QUANDO A DERMATOMIOSITE CUTÂNEA RELEVA LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 624 HIPOPIUITARISMO: PODE A INSUFICIÊNCIA HORMONAL MIMETIZAR CHOQUE SÉTICO?
- PO 625 DISFAGIA PROGRESSIVA ASSOCIADA A MOTILIDADE ESOFÁGICA INEFICAZ
- PO 626 SÍNDROME CONSTITUCIONAL E LESÃO RENAL AGUDA: UMA VASCULITE ANCA NO IDOSO
- PO 627 GATO QUE ARRANHA, MORDE UMA INFECÇÃO A PASTEURELLA MULTOCIDA
- PO 628 PARÉSIA ISQUÊMICA DO III PAR CRANIANO EM JOVEM COM DIABETES TIPO 1
- PO 629 FRATURA PATOLÓGICA DO FÉMUR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO
- PO 630 MIELOMA MÚLTIMO: O GRANDE MIMETIZADOR EM DOENTES COM MÚLTIPLAS COMORBILIDADES
- PO 631 BACTERIÊMIA POR MRSA COMPLICADA POR EMPIEMA EM DOENTE COM VIH E DOENÇA RENAL AVANÇADA
- PO 632 QUANDO A MARCHA DENUNCIA O DÉFICE VITAMÍNICO: UM CASO DE DEGENERESCÊNCIA COMBINADA SUBAGUDA
- PO 633 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO E RELAÇÃO COM TROMBOFILIAS
- PO 634 PNEUMONIA POR CITOMEGALOVÍRUS: UMA CAUSA RARA DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA EM ADULTO IMUNOCOMPETENTE
- PO 635 APENDAGITE EPIPLÓICA
- PO 636 COINFEÇÃO OPORTUNISTA POR CMV E MYCOBACTERIUM AVIUM EM DOENTE COM SIDA
- PO 637 SÍNDROME ANTISSINTETASE: EXPRESSÃO MULTISSISTÊMICA DE UMA MIOPATIA INFLAMATÓRIA
- PO 638 POLIMIALGIA REUMÁTICA
- PO 639 SARCOIDOSE E TUBERCULOSE – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DIFÍCIL
- PO 640 NEM TUDO O QUE PARECE MENINGITE, É: DRESS INDUZIDO POR CARBAMAZEPINA COMO DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 641 NEUROSSÍFILIS MENINGOVASCULAR: APRESENTAÇÃO ATÍPICA COMO AVC
- PO 643 ENDOCARDITE MITRAL E ABSCESSOS MULTIORGÂNICOS POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EM DOENTE EM HEMODIÁLISE
- PO 644 MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO
- PO 645 PARVOVÍRUS B19 NO ADULTO IMUNOCOMPETENTE: PARA ALÉM DA QUINTA DOENÇA
- PO 646 PSEUDOANEURISMA MICÓTICO DA ARTÉRIA RADIAL: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFECÇÃO FÚNGICA

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

TOCILIZ UMAB NA DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL ASSOCIADA À ESCLEROSE SISTÊMICA

Fatima Alexandra Machado Cereja; Carolina Silva Câmara; Carolina Marcos Queijo; Beatriz Luís Lopes; Inês Duro; António Marinho

Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: A esclerose sistêmica (SSc) é uma doença autoimune rara, multissistêmica caracterizada por disfunção microvascular, inflamação e fibrose progressiva, através mediado por IL-6. A doença pulmonar intersticial (DPI) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nestes doentes. Apesar da terapêutica imunossupressora e antifibróticos, alguns doentes apresentam progressão da doença, o que constitui um desafio terapêutico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 68 anos com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, referenciada por fenómeno de Raynaud trifásico, espessamento cutâneo progressivo e perda ponderal. O estudo imunológico revelou ANA $\geq 1:1280$ com padrão nucleolar e anticorpos anti-Scl70 positivos. A tomografia computadorizada torácica evidenciou doença pulmonar intersticial fibrosante com alterações reticulares subpleurais e áreas em vidro despolido. As provas de função respiratória mostraram padrão restritivo.

Foi estabelecido diagnóstico de SSc difusa com envolvimento pulmonar, tendo iniciado terapêutica imunossupressora sequencial com ciclofosfamida, posteriormente micofenolato mofetil (MMF) e rituximab. Por progressão fibrosante, associou-se nintendanib, com estabilização da doença pulmonar. No entanto, 2 anos após terapêutica, verificou-se agravamento da dispneia (mMRC 2>3) e função respiratória com FVC de 1,57 L (59,8% do previsto; z-score -2,41).

Perante suspeita de atividade inflamatória persistente da DPI foi iniciada terapêutica com tocilizumab, após a qual se observou melhoria funcional respiratória, com FVC de 1,67 L (64% do previsto; z-score -2,14), sugerindo resposta favorável ao tratamento. Objetivou-se ainda melhoria da acrocianose, das úlceras digitais e da dispneia com mMRC2.

Discussão: Este caso ilustra o potencial benefício do tocilizumab na estabilização e melhoria da função pulmonar na DPI associada à SSc, reforçando o papel emergente da terapêutica dirigida à interleucina-6 em doentes com progressão sob terapêutica convencional.

CO 02

QUANDO A RABDOMIÓLISE ESCONDE UMA DOENÇA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

Diogo Dias; Pedro Ferraz De Abreu Rocha; Andreia Teixeira; José Luís Brandão; Luís Andrade
Uls Entre Douro e Vouga

A tiroidite de Hashimoto constitui a principal causa de hipotireoidismo primário adquirido em adultos. Resulta de uma reação autoimune crónica com infiltração linfocítica da tiroide e produção de autoanticorpos anti tiroperoxidase e anti tiroglobulina.

Reporta-se o caso de um homem de 57 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia e esteatose hepática. Enviado à unidade de ambulatório de medicina interna por apresentar, desde 2017, um quadro de mialgias e perda de força muscular progressiva, com 3 anos de evolução e estudo analítico com elevação das enzimas musculares.

Ao exame objetivo apresentava edema peri-orbitário bilateral, edema duro das dos membros inferiores e superiores, pele seca e descamativa e rarefação pilosa. Analiticamente, confirmou-se aumento de CK 4846 U/L, mioglobina 356.9 ng/mL, Aldolase 27.7 U/L, TSH de 84.62 uIU/mL, T3 < 1.46 pmol/L, T4 < 5.4 pmol/L, Ac. Anti Tiroglobulina 28.91 UI/mL e Ac. Anti receptor de TSH 3.20 UI/L. Paralelamente foi avaliado o painel de anticorpos para miopatias inflamatórias que foi negativo. Também se constatou ausência de distúrbios hidroeletrólitos com normal função renal.

Assim, o doente foi diagnosticado com tiroidite de Hashimoto com evolução para mixedema e rabdomiólise, uma complicação menos frequente do hipotireoidismo grave com mixedema. Foi iniciada levotiroxina sódica 137 ug/dia no ambulatório e após 3 semanas de tratamento, apresentou resolução das mialgias e regressão do edema.

Este caso ilustra uma apresentação clínica de rabdomiólise como manifestação de hipotireoidismo primário, destacando a importância da suspeita clínica perante sintomas musculares progressivos com anos de evolução e mixedema, mesmo na ausência de bócio evidente. A reposição hormonal quando iniciada precocemente previne complicações graves e tem impacto na morbimortalidade. Destaca-se ainda a importância da interligação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares para garantir a otimização dos cuidados ao doente.

CO 03

POLIOMIOSITE COM PATOLOGIA MITOCONDRIAL: UM RELATO DE CASO DE MIOPATIA INFLAMATÓRIA IDIOPÁTICA RARA

Joana Martins Da Silva; , Ana De Sousa Pereira;
Lúcia Carreira-Marques; Adriana Luísa Costa;
Francisca Azevedo Correia; Vanessa Meireles Chaves;
Edite Pereira; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde de São João

A polimiosite com patologia mitocondrial (PM-Mito) é uma entidade rara no espectro das miopatias inflamatórias, caracterizada pela associação de inflamação endomisial linfocitária e alterações mitocondriais, incluindo fibras *ragged-red* e défice de citocromo-c oxidase na biópsia muscular. A coexistência de mecanismos imunomediados e disfunção bioenergética mitocondrial condiciona um fenótipo clínico heterogêneo e resposta terapêutica frequentemente limitada.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibroelastose pleuroparenquimatosa, seguida em consulta de Medicina Interna por perda ponderal desde 2022, associada a fraqueza muscular proximal progressiva, nomeadamente da cintura pélvica, e disfagia para sólidos. A avaliação inicial revelou elevação marginal de enzimas musculares e positividade fraca para anticorpos anti-Mi-2. A ressonância magnética dos membros inferiores evidenciou atrofia e infiltração adiposa das massas musculares dos quadricípites e adutores bilateralmente. O estudo eletromiográfico foi normal, e a videofluoroscopia confirmou disfagia com atraso na fase orofaríngea. A biópsia muscular do vasto lateral demonstrou achados compatíveis com PM-Mito. Foi excluída patologia neoplásica associada. Iniciou-se corticoterapia sistémica com prednisolona 1mg/kg/dia, associada posteriormente a azatioprina como terapêutica poupadora de corticóide e manutenção. Imediatamente à terceira semana de tratamento, observou-se resposta clínica favorável, traduzida por melhoria significativa da força muscular e da disfagia, sem agravamento das enzimas musculares.

Este caso clínico demonstra que a resposta precoce e sustentada à imunossupressão combinada apoia a hipótese de um papel patogénico predominante da inflamação imunomediada na fisiopatologia da PM-Mito, sugerindo que a disfunção mitocondrial observada constitui um fenómeno secundário associado à atividade inflamatória e, como tal, potencialmente reversível, com relevantes implicações terapêuticas e prognósticas.

CO 04

A PELE QUE AINDA HABITO – UMA DERMATOMIOSITE ANTI-MDA5

Luis Couto¹; Olga Capontes²; Catarina Faustino³; Aurora Serra⁴; Helena Ramos⁵; Olga Araújo⁵

¹medicina - CHAA - Hospital Senhora Da Oliveira - Guimarães;

²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz;

³Centro Hospitalar de S. João, EPE; ⁴Hospital Vithas Alicante; ⁵Hospital Clínic de Barcelona

Introdução: A dermatomiosite associada a anti-MDA5 constitui uma entidade distinta no espectro das miopatias inflamatórias idiopáticas, com risco desproporcionado de doença pulmonar intersticial rapidamente progressiva e mínimo envolvimento muscular. Uma das complicações mais críticas e raras é o *air-leak syndrome*, que pode englobar o pneumomediastino espontâneo, o enfisema subcutâneo e o pneumotórax. Esta manifestação é um marcador de fragilidade alveolar severa e associa-se a taxas de mortalidade superiores a 50-70%. A positividade concomitante para o anticorpo anti-Ro52 é preditora de mau prognóstico.

Caso clínico: Mulher de 20 anos, sem antecedentes patológicos. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro constitucional com 2 meses de evolução incluindo febrícula vespertina e fadiga muscular proximal ligeira; recentemente apresentava ainda dispneia para médios esforços e alterações cutâneas: exantema heliotrópico purpúreo, “sinal do V”, úlceras em cotovelos e pápulas de *Gotttron* ulceradas em superfícies extensoras. Apresentava crepitação subcutânea cervical e supraclavicular bilateral e à auscultação pulmonar detetaram-se crepitações secas “tipo velcro” bibasais. A TC do tórax revelou: padrão de pneumonia organizativa; volumosos pneumomediastino e pneumotórax; e enfisema subcutâneo extenso. O estudo de autoimunidade confirmou anticorpos anti-MDA5 e anti-Ro52 fortemente positivos. O PET-CT não evidenciou sinais sugestivos de neoplasia. Perante a gravidade diagnóstica, instituiu-se terapêutica intensiva *multitarget*: pulsos de corticoterapia (CCT) seguidos de desmame lento de CCT oral, imunoglobulina endovenosa, tofacitinib e rituximab; iniciou também trocas plasmáticas terapêuticas. Apresenta até ao momento evolução favorável: resolução dos fenómenos de *air-leak* em 15 dias e melhoria progressiva cutânea.

Discussão: Este caso ilustra a mudança de paradigma na gestão da dermatomiosite anti-MDA5, onde o tempo de início de intervenção é o principal determinante na sobrevivência. O *air-leak syndrome* deve ser encarado como emergência imunológica, pelo que se preconiza que a terapêutica não seja sequencial mas combinada no imediato (*triple therapy*). Uma abordagem multimodal precoce pode implicar a preservação da função pulmonar e controlo da vasculopatia cutânea.

CO 05

SARCOIDOSE “ÀS AVESSAS”: QUANDO A NOCARDIOSE REVELA O DIAGNÓSTICO OCULTO

Carolina Ribeiro Rodrigues; Leonor Neves; Alice Rodrigues; Mafalda Duarte; Fernando Aldomiro

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida, mais frequente em mulheres melanodérmicas entre os 20-60 anos. Caracteriza-se por uma imunidade celular paradoxal: inflamação local exuberante e anergia periférica. O diagnóstico é frequentemente um desafio face à sua heterogeneidade clínica e evolução imprevisível, havendo uma subvalorização da incidência, especialmente quando a apresentação inicial surge através de complicações extra-pulmonares graves.

Caso clínico: Mulher, 63 anos, raça negra, autónoma, com história remota de adenopatias mediastínicas calcificadas tratadas com fármacos anti-bacilares (apesar da ausência de isolamento de *M. tuberculosis* e sem resolução das mesmas). Apresentava história recente de fibrose pulmonar com síndrome ventilatória restritiva, em investigação.

Admitida por cefaleia holocraniana intensa e vômitos, associando-se nistagmo vertical e rotatório e dismetria apendicular homolateral. A TC cranioencefálica revelou uma lesão volumosa no hemisfério cerebeloso esquerdo; a ressonância magnética caracterizou-a como um abscesso polilobulado, com extenso edema vasogénico, efeito de massa, hidrocefalia obstrutiva e sinais de herniação transtentorial.

Após drenagem cirúrgica e sob antibioterapia de largo espectro, verificou-se recuperação progressiva. O isolamento de *N. cyriacigeorgica* no pús e hemoculturas, aliado à história pulmonar e às adenopatias persistentes, motivou a realização de broncofibroscopia. O lavado broncoalveolar revelou pleocitose linfocítica com rácio CD4+/CD8+ de 4,7 e isolamento do mesmo agente. A biópsia ganglionar confirmou a presença de granulomas não caseosos, compatíveis com sarcoidose pulmonar (Estádio IV).

Conclusão: Este caso ilustra um percurso diagnóstico atípico, no qual um abscesso cerebral por *Nocardia* – agente oportunista associado à imunossupressão funcional da sarcoidose – serviu como evento sentinela para o diagnóstico de Sarcoidose. Sublinha-se a importância de considerar diagnósticos alternativos à tuberculose perante adenopatias mediastínicas calcificadas refratárias à terapêutica e a importância de reconhecer a sarcoidose como um estado de imunodeficiência *per se*, capaz de mascarar patologias oportunistas sob a forma de emergências neurológicas.

CO 06

TETRAPARÉSIA DE INÍCIO SÚBITO: VARIANTE AXONAL AGUDA DO SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Helena Estevão Pereira¹; Gabriela Moreira Soares¹; Filipe Brás de Macedo¹; Tomás Bragança Ribau²; Helena Greenfield¹; Raquel Rocha¹; Verónica Guiomar¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia autoimune caracterizada por fraqueza progressiva, ascendente, arreflexia e dissociação albuminocitológica no líquido cefalorraquidiano (LCR). A variante axonal motora aguda (AMAN) é infrequente e pode manifestar-se de forma atípica, com reflexos osteotendinosos preservados, instalação aguda e associação a factores desencadeantes pouco habituais.

Caso clínico: Homem, 49 anos, submetido a correção cirúrgica por fratura traumática do calcâneo direito. Após 48h da alta, início súbito de tetraparésia distal, que evoluiu progressivamente para incapacidade de ortostatismo e marcha, sem alterações sensitivas, esfinterianas ou respiratórias, mantendo reflexos osteotendinosos preservados. O estudo etiológico, incluindo serologias víricas, estudo autoimune, tomografia computadorizada cerebral, ressonância magnética nuclear do neuroeixo e punção lombar (PL), foi inicialmente não diagnóstico. Perante agravamento dos défices neurológicos, repetiu-se PL ao 5º dia, revelando dissociação albuminocitológica, compatível com SGB. A eletromiografia (EMG) demonstrou AMAN, com sinais de desnervação distal intensa, predominante nos membros inferiores. Iniciou imunoglobulina IV (0,4g/kg/dia, durante 5 dias), verificando-se ligeira recuperação da força nos membros superiores, com persistência do défice distal, sem novas manifestações clínicas. À alta, foi orientado para programa intensivo de reabilitação física e seguimento em consulta de neurologia.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de SGB variante AMAN, desencadeada no contexto de trauma e cirurgia ortopédica. Destaca-se a importância de suspeita clínica elevada, realização de EMG e repetição de PL perante forte suspeita clínica, dado que a dissociação albuminocitológica pode estar ausente na primeira semana. Sublinha-se também a relevância da abordagem multidisciplinar, incluindo reabilitação intensiva, para otimização do prognóstico funcional.

CO 07

QUANDO A INFEÇÃO RESPIRATÓRIA ESCONDE A HIPÓFISE

Claudio Coelho; Joana Couto; Marta Matos Pereira; Ana Garrido Gomes; Eduardo Viana; Nereida Monteiro; José Miguel Gonçalves

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A hiponatremia é frequente no internamento, mas nem sempre se apresenta da forma mais esperada. Sintomas inespecíficos como astenia, ano-

rexia e náuseas podem ser a pista para a insuficiência hipofisária.

Caso clínico: Mulher, 71 anos, autônoma, com quadro de semanas de prostração, perda de apetite e náuseas após cirurgia ortopédica recente, às quais se associou agravamento progressivo de tosse produtiva e dispneia para pequenos esforços. Ao exame Objetivo consciente, sem sinais de sobrecarga, mucosas ligeiramente desidratadas, sem edemas, auscultação com roncosp e sibilos bilaterais, sem alterações neurológicas. Analiticamente destacava-se hiponatremia grave (Na 115 mmol/L), com função renal preservada, urina sem alterações e sem história de diuréticos ou perdas gastrointestinais; gasometria sem hipercapnia e Rx tórax sem evidência de hipotransparências. Iniciou correção da natremia, antibióterapia e broncodilatação, sendo internada. Com evolução favorável, resolução da febre e descida de marcadores inflamatórios. A investigação etiológica revelou T4 livre indoseável com TSH inadequadamente normal, sugerindo hipotiroidismo central, tendo sido iniciada levotiroxina em baixa dose. A persistência de sintomas constitucionais desproporcionais e a hiponatremia motivaram estudo do eixo supra renal: cortisol matinal 2,7 µg/dL com ACTH baixo, compatível com insuficiência suprarrenal secundária, iniciando-se hidrocortisona em dose de stress com posterior desmame. A RM crânio-hipofisária mostrou aracnóide celo intraselar, sem lesão expansiva. Evoluiu com recuperação clínica, estabilidade hemodinâmica e natremia sustentada sob terapêutica substitutiva.

Discussão: Este caso ilustra como uma infecção respiratória pode mascarar um problema endócrino. A combinação de hiponatremia euvolêmica com astenia, anorexia e náuseas deve levar a dosear cortisol/ACTH, mesmo perante um aparente trigger que podia justificar este quadro. O hipotiroidismo central raramente é causa isolada de hiponatremia; a coexistência de hipocortisolismo é crucial e impõe iniciar glicocorticóide antes de otimizar levotiroxina. A sela turca vazia, frequentemente incidental, pode associar-se a hipopituitarismo e exige estudo completo dos restantes eixos de modo a tratar adequadamente estes doentes.

CO 08

UM PROBLEMA NUNCA VEM SÓ...

Margarida Paixão Ferreira; Daria Bem; Pedro Fortes; Patrícia Marujo; Pedro Costa

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A síndrome poliglandular auto-imune (SAPG) tipo 2 é definida pela associação de doença de Addison com tiroidite auto-imune e/ou diabetes mellitus tipo 1, podendo incluir outras entidades. É o tipo mais comum de SAPG, sendo poligénica e resultado de infiltração linfocítica. É mais frequente em mulheres jovens.

Caso clínico: Mulher de 42 anos, sem antecedentes

de relevo, recorreu ao SU com história de cansaço fácil, astenia, obstipação, perda ponderal significativa (30 kg em 24 meses), sonolência e intolerância ao frio. Ao exame objectivo apresentava-se hipotensão (PA 95/40mmHg) e com notória hiperpigmentação nas extremidades dos dedos das mãos e na cavidade bucal. Trazia exames de ambulatório a salientar TSH 45,39uU/mL e T4livre 0,51ng/dL e ecografia sugestiva de tiroidite. No SU com Hgb 8,2g/dL, glicose 94mg/dL, creatinina 0,8mg/dL, Na+ 137mmol/L e TC abdominal com "Sinais de atrofia das glândulas suprarrenais". Teve alta sob hidrocortisona 10mg bid, encaminhada para consulta para estudo e início posterior de levotiroxina. Do estudo realizado: cortisol < 1 µg/dL e ACTH > 2000pg/mL com anti-21hidroxilase positivos; anti-TG 8585U/mL e anti-TPO 941U/L; HbA1c 5,3%, insulina 1,7uU/mL (baixa) e péptido C 0,81ng/mL (baixo) com anticorpos anti-GAD, anti-ilhéus e anti-insulina negativos; vitamina B12 normal com anti-células parietais, anti-factor intrínseco e anti-transglutaminase negativos. Iniciou levotiroxina 50mcg/dia e fludrocortisona 100ug/dia em associação à hidrocortisona, com gradual melhoria do perfil tensional, ganho ponderal e resolução da hiperpigmentação e das restantes queixas. Mantém-se em seguimento na consulta com ajustes pontuais de terapêutica (nomeadamente da levotiroxina e da hidrocortisona).

Conclusão: O diagnóstico é frequentemente tardio na SAPG tipo 2 pela sua heterogeneidade, podendo trazer complicações. É também frequente haver algum tempo entre a manifestação de cada endocrinopatia. A importância de reconhecer a ocorrência concomitante é significativa, dado que o não reconhecimento de doença de Addison em simultâneo com o hipotiroidismo poderia levar à ocorrência de uma crise addisoniana com o início da toma de levotiroxina, uma situação de elevada gravidade e potencialmente fatal.

CO 09

PROPILTIOURACILO E INFEÇÃO POR CMV: MIELOTOXICIDADE SINÉRGICA E CRISE TIREOTÓXICA EMINENTE

Inês Liça; Marta D. Martins

Uls Entre Douro e Vouga

Introdução: A crise tireotóxica é uma emergência endócrina rara, mas potencialmente fatal, com mortalidade de 3,6-17%. Os fármacos anti tiroideus, particularmente nas primeiras semanas, podem causar agranulocitose (0,2-0,5%), com mortalidade de 4-7%. Intercorrências infecciosas neste contexto podem potenciar não só esta cascata multifatorial de mielotoxicidade, como quadros de crise tireotóxica e barreiras no seu tratamento.

Caso clínico: Mulher de 54 anos com doença de Graves sob propiltiouracilo há 3 semanas, apresentou febre prolongada, hipersudorese noturna, perda ponderal,

anorexia e tosse seca. Analiticamente com bicitopenia (anemia normocítica e neutropenia) e hipertireoidismo grave (TSH 0,01 mUI/L; T3L 21,76 pmol/L; T4L 30,0 pmol/L). Score Burch-Wartofsky de 25 pontos (crise tireotóxica eminente). Iniciou hidrocortisona EV, tiamazol e propranolol. Estudo revelou CMV (citomegalovírus) IgG/IgM positivos e anticorpos anti-TRAb e anti-TPO elevados. A neutropenia agravou inicialmente, (<500 μ L) tendo iniciado profilaxia antibiótica e equacionando-se reação cruzada entre anti-tiroideus versus agranulocitose iatrogénica, com posterior melhoria espontânea. Assumiu-se etiologia multifatorial (infecção aguda por CMV e terapêutica anti tiroideia). Apresentou evolução favorável com alta sob tiamazol para reavaliação da função tiroideia em 8 semanas.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da bicitopenia em doentes com doença de Graves sob anti-tiroideus com intercorrências infecciosas. A agranulocitose iatrogénica ocorre tipicamente nos primeiros 90 dias de tratamento. A infecção por CMV em doentes já imunocomprometidos, potencia ainda mais a mielotoxicidade, dificultando o diagnóstico diferencial e aumentando o risco de sepsis secundária. A infecção constitui fator precipitante de crise tireotóxica em doentes com controlo inadequado do hipertireoidismo, com limitações terapêuticas pela agranulocitose presente. A abordagem expectante da neutropenia evitou a suspensão desnecessária da terapêutica.

CO 10

UMA CAUSA INVULGAR DE HIPERLACTACIDÉMIA: O PAPEL DA DISBIOSE INTESTINAL

Daniela Filipa Silvano Mauricio; Tiago Jorge Costa; João Costelha; Teresa Alfaite; Arsénio Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A hiperlactacidémia é habitualmente associada a hipoperfusão ou disfunção metabólica (lactato tipo A ou B). A hiperlactacidémia por D-lactato é uma entidade rara, descrita sobretudo em doentes com alteração da anatomia intestinal, podendo resultar de disbiose e fermentação bacteriana de hidratos de carbono. O diagnóstico é frequentemente difícil, particularmente na ausência de manifestações neurológicas típicas.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, seguida há cerca de 10 anos em consulta de Medicina Interna por anemia ferropénica, com antecedentes de bypass gástrico e patologia osteoarticular. Referia episódios recorrentes de vômitos, cólica abdominal e diarreia/esteatorreia após ingestão de refeições copiosas, tendo sido previamente assumido o diagnóstico de síndrome de dumping.

Em estudo analítico complementar achado de hiperlactacidémia de 7 mmol/L. A doente encontrava-se assintomática e hemodinamicamente estável. Revisão de estudos prévios revelou episódio semelhante com

lactato de 6,5 mmol/L, igualmente sem sintomatologia associada.

Foi realizado estudo etiológico com serologias (HIV, hepatite B e C, sífilis), autoimunidade (ANAs e AMAs) que justificassem alterações metabólicas na degradação de lactato, endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem alterações relevantes. Considerando os antecedentes cirúrgicos e a sintomatologia gastrointestinal pós-prandial, foi colocada a hipótese de hiperlactacidémia por D-lactato associada a disbiose intestinal. Iniciou terapêutica com rifaximina durante um mês, com resolução da sintomatologia digestiva e normalização do lactato (1,2 mmol/L).

Discussão: A hiperlactacidémia tipo D é uma causa rara de elevação do lactato, frequentemente associada a alterações anatómicas do trato gastrointestinal e proliferação bacteriana. Este caso destaca a importância de considerar esta entidade em doentes com cirurgia bariátrica e sintomas compatíveis com síndrome de dumping, permitindo tratamento dirigido com resolução clínica e analítica.

CO 11

CRISE CONVULSIVA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE INSULINOMA METASTÁTICO

Clarisse Campos; Bruno Silva; Madalena Machete; Sílvia Guerra; Joana Marques; Ana Grilo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) são um grupo heterogéneo de neoplasias com origem em células neuroendócrinas caracterizado, maioritariamente, por um comportamento indolente. Os TNE do pâncreas são raros, embora com incidência e prevalência crescentes. O insulinoma é o subtipo funcional mais frequente; contudo, o diagnóstico é frequentemente tardio, estimando-se que até 20% dos doentes sejam inicialmente diagnosticados com patologia neurológica ou psiquiátrica.

Caso clínico: Mulher de 39 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, admitida no serviço de urgência por uma crise tónica clónica generalizada. Referia, ainda, dor no quadrante superior direito do abdómen, associada a náuseas e enfartamento pós-prandial com 2 meses de evolução. À admissão apresentava glicemia 36 mg/dL e características típicas da tríade de Whipple. Durante o internamento verificaram-se múltiplos episódios de hipoglicemias em jejum e pós-prandiais, na ausência de terapêutica hipoglicemiante, com necessidade de perfusão contínua de solução dextrosada. A TC CE não apresentava alterações. Analiticamente, a destacar elevação dos parâmetros de citocolestase. A investigação das hipoglicemias revelou níveis marcadamente elevados de péptido C e insulina, com doseamento de sulfonilureias negativo, verificando critérios diagnósticos de hiperinsulinismo endógeno. A TC TAP identificou múltiplas lesões he-

páticas sugestivas de metastização. A RM abdominal evidenciou lesão pancreática cefálica com 5,4 cm, adenopatias regionais e metastização hepática e óssea axial, corroborados pela cintigrafia com receptores de somatostatina, assumindo-se o diagnóstico de insulinoma metastático. A biópsia hepática confirmou uma neoplasia neuroendócrina moderadamente diferenciada (G2, Ki-67 15-20% e cromogranina A 24380 ng/mL). A doente iniciou terapêutica com diazóxido, lanreótido e quimioterapia com capecitabina e temozolomida (CAPTEM).

Conclusão: O insulinoma metastático é raro, com uma incidência de 0,4 casos por milhão de habitantes por ano (cerca de 10% dos insulinomas). Estas formas apresentam geralmente um fenótipo mais agressivo, progressão rápida e menor sobrevida. A apresentação inaugural com crise convulsiva ilustra a gravidade do quadro clínico e reforça o desafio diagnóstico associado.

CO 12

COLITE LINFOCÍTICA A TIRZEPATIDE: UM CASO RARO

Ana Abade; Anabela Raimundo; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A colite linfocítica (CL) é um subtipo de colite microscópica, caracterizada por diarreia aquosa crónica e aumento de linfócitos intraepiteliais. Afeta predominantemente mulheres em faixas etárias mais avançadas. Os principais fatores etiológicos descritos incluem fármacos, nomeadamente anti-inflamatórios não esteroides, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, inibidores da bomba de prótons, bem como o tabagismo. O presente caso descreve, pela primeira vez, o tirzepatide como provável causa de CL.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, recorreu ao serviço de urgência por diarreia aquosa com seis dias de evolução, associada a dor abdominal tipo cólica e perda ponderal de 3 kg nestes 6 dias. Referia início de terapêutica com tirzepatide três semanas antes. Ao exame Objetivo apresentava abdómen globoso, distendido e difusamente doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente sem alterações relevantes. A tomografia computadorizada abdominopélvica evidenciou discreta redução da distensibilidade na transição cego-cólon descendente. A colonoscopia não demonstrou alterações macroscópicas significativas; contudo, a biópsia cólica revelou aumento marcado do infiltrado inflamatório da lâmina própria, com permeação epitelial por linfócitos T CD3+, compatível com colite linfocítica. Verificou-se melhoria clínica sob tratamento de suporte, com alta ao 4º dia de internamento, após suspensão da tirzepatide. A doente mantém-se assintomática desde então.

Discussão: O tirzepatide é um agonista duplo dos receptores GLP-1 e GIP, indicado no tratamento da obesidade. A diarreia constitui um dos seus efeitos adversos mais frequentes, geralmente autolimitada e de baixa

gravidade. Até ao momento, não foi descrita associação entre tirzepatide e colite linfocítica. No entanto, atendendo aos seus efeitos sobre a motilidade intestinal, esta relação poderá estar subdiagnosticada. Assim, em casos de diarreia persistente, com dor abdominal e repercussão no estado geral, a colite linfocítica deve ser considerada no diagnóstico diferencial.

CO 13

COLITE EOSINOFÍLICA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL E PREDOMINANTE DA SÍNDROME DRESS

Sérgio Costa Monteiro; Raquel Vieira; Sara Bravo; Paula Mesquita; Christian Neves; Maria Ladeira Morais; Margarida Eulálio; Jorge Henriques

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A síndrome de Hipersensibilidade a Fármacos com Eosinofilia e Sintomas Sistémicos (DRESS) é uma reação adversa medicamentosa rara, mas potencialmente fatal, sendo o alopurinol um dos fármacos mais frequentemente implicados. Embora o envolvimento visceral seja comum, as manifestações gastrointestinais graves como apresentação inicial são raras.

Uma mulher de 70 anos foi admitida no serviço de urgência por quadro de diarreia aguda, profusa e não sanguinolenta, com evolução de vários dias, culminando em choque hipovolémico. Não apresentava antecedentes recentes de viagens, ingestão alimentar suspeita ou contactos epidemiológicos relevantes. O estudo microbiológico completo, incluindo coproculturas e pesquisa de agentes virais e parasitários, foi negativo. A colonoscopia evidenciou inflamação difusa do cólon e o exame histológico revelou marcada infiltração eosinofílica compatível com colite eosinofílica grave. Esta constituiu a manifestação inicial e predominante do quadro clínico.

A presença de eosinofilia periférica ligeira, lesão renal aguda secundária à desidratação e exantema cutâneo subtil levantou suspeita de DRESS. A biópsia cutânea revelou infiltrado linfocitário perivascular superficial com eosinófilos dispersos, compatível com reação de hipersensibilidade medicamentosa. A doente cumpria os critérios do RegiSCAR para diagnóstico definitivo de DRESS. O início recente de terapêutica com alopurinol sustentou a etiologia.

Após suspensão imediata do alopurinol e início de prednisolona (1 mg/kg/dia), verificou-se melhoria significativa nas primeiras 96 horas. Ao longo de três semanas seguintes, ocorreu resolução completa dos sintomas gastrointestinais, normalização da eosinofilia e recuperação total da função renal.

Este caso evidencia uma apresentação rara de DRESS, na qual a colite eosinofílica grave constituiu a manifestação inaugural e dominante, sublinhando a importância de considerar este diagnóstico em doentes com diarreia refratária e eosinofilia, mesmo na ausência de envolvimento cutâneo exuberante.

CO 14

DOENÇA CELÍACA E TROMBOSE PORTAL: UMA ASSOCIAÇÃO SUBVALORIZADA

Tiago Valente¹; Raquel Figueiredo²; Ana Patricia Tenreiro³; Tiago Silveira Rosa⁴; Joana Calvão⁴; José Presa Ramos⁴

¹Unidade Local de Saúde de São João; ²Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; ³Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; ⁴Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

A trombose da veia porta (TVP) é uma causa rara de hipertensão portal pré-hepática em doentes jovens sem doença hepática crónica (DHC). A associação à doença celíaca é incomum, e os mecanismos fisiopatológicos envolvem má absorção intestinal com défices vitamínicos, afetando fatores antitrombóticos e o metabolismo da homocisteína, além da inflamação crónica, criando um ambiente protrombótico mesmo sem trombofilia identificável. Sexo feminino de 33 anos, com doença celíaca desde 2019 (Marsh 3B) associada a anemia ferro-pénica e défice de vitamina B12, apresentou trombose sub-oclusiva da veia esplénica. O estudo de trombofilia (antitrombina, proteínas C e S, resistência à proteína C ativada, fatores V e II, JAK2, anticorpos antifosfolípidos e Hemoglobúria paroxística noturna) foi negativo. Teve alta hipocoagulada. Em 2023, internada por ascite volumosa com tomografia computadorizada com contraste a revelar trombose crónica da veia porta com transformação cavernomatosa, circulação colateral porto-sistémica, varizes esofágicas e gástricas e esplenomegalia. Elastografia hepática não compatível com DHC e gradiente albumina sérica – líquido ascítico compatível com hipertensão portal. Foi submetida a repermeabilização da veia porta com TIPS (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*). Este caso ilustra que a doença celíaca, mesmo sem doença hepática crónica ou trombofilia, pode provocar trombose esplênica grave. Défices nutricionais decorrentes de alterações da absorção intestinal e a inflamação crónica contribuem para o estado protrombótico. A recorrência trombótica, complicações associadas sublinham a complexidade terapêutica, destacando a importância de diagnóstico precoce, cumprimento de um plano dietético com evicção de glúten e seguimento multidisciplinar para reduzir morbilidade e probabilidade de ocorrência de complicações.

CO 15

OBSTRUÇÃO INTESTINAL ALTA POR DUPLA ETIOLOGIA, VASCULAR E LUMINAL: UMA SINERGIA IMPROVÁVEL

Daniela Mira; Joana C. Ramos; Carlos Silva; Jandira Lima; Patrícia Afonso-Mendes; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS), também conhecida como Síndrome de *Wilkie*, é uma doença rara, caracterizada pela compressão da terceira porção duodenal no ângulo entre

a aorta e a artéria mesentérica superior, habitualmente por diminuição da gordura mesentérica. Devido à obstrução proximal do intestino delgado, associa-se a estados consumptivos e rápida perda ponderal, gerando um ciclo vicioso onde a anorexia e os vômitos, que caracterizam a síndrome, exacerbam a compressão duodenal. Embora o diagnóstico diferencial inclua bezoares, a sua coexistência com a SAMS é excecional. No presente caso clínico, a estase gastroduodenal provocada pela compressão vascular criou o cenário ideal para a formação de bezoares.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, com antecedentes de síndrome depressivo e dislipidémia, internada para estudo etiológico de quadro constitucional insidioso com 9 meses de evolução. A clínica era dominada por episódios recorrentes de vômitos alimentares, eructações e dor epigástrica tipo cólica, com irradiação lombar bilateral. Apesar de jejum, apresentou estase gástrica acentuada que impediu a realização de primeira endoscopia digestiva alta (EDA), exigindo descompressão com sonda nasogástrica e drenagem de mais de 6 litros de conteúdo gástrico. Realizou tomografia computadorizada subsequente, que revelou a coexistência do “sinal do bico” por redução da distância aorto-mesentérica e a presença de estruturas arredondadas de aspeto espongiiforme compatíveis com bezoares gástricos. Uma segunda EDA confirmatória identificou uma formação esférica endurecida e não aspirável, selando o diagnóstico de obstrução intestinal alta por dupla etiologia. Perante a falência da abordagem conservadora, a doente foi transferida para o serviço de Cirurgia Geral, para eventual tratamento cirúrgico, aguardando restabelecimento do estado nutricional com nutrição parentérica total e tentativa de destruição endoscópica de bezoares gástricos com laser.

Discussão: Este caso ilustra duas causas raras de vômitos e perda ponderal significativa, sendo a SAMS uma condição potencialmente ameaçadora de vida, e cujo tratamento deve ser multidisciplinar com especial enfoque na recuperação do estado nutricional.

CO 16

DA PELE À VIA BILIAR: UM CASO DE COLAGENOSE PERFURANTE REATIVA ADQUIRIDA

Rute Andrade; Paula Rocha; Teresa Fonseca; Ana Júlia Pedro; António Martins Baptista

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A colagenose perfurante reativa adquirida é uma dermatose rara, pertencente ao grupo das dermatoses perfurantes, caracterizada pela eliminação transepidérmica de componentes dérmicos, nomeadamente colagénio. Manifesta-se por pápulas ou nódulos umbilicados hiperqueratósicos, geralmente acompanhados de prurido intenso. Encontra-se frequentemente associada a doenças sistémicas, particularmente diabetes mellitus e insuficiência renal, sendo rara em contexto de colestase.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, submetida a colecistectomia há seis meses, recorreu ao Serviço de Urgência por dermatose intensamente pruriginosa, inicialmente vesiculosa e posteriormente crostosa, com início nos membros inferiores e progressão para o tronco e membros superiores. Tinha realizado previamente terapêutica anti-histamínica e tratamento para escabiose, sem melhoria. Analiticamente apresentava padrão colestático com elevação de GGT e fosfatase alcalina. A ecografia abdominal revelou dilatação ligeira das vias biliares intra-hepáticas. A biópsia cutânea inicial foi inespecífica. Colocou-se então a hipótese de colestase tóxica iatrogénica, atendendo à introdução de trazodona dois meses antes, tendo sido o fármaco suspenso. Para as lesões cutâneas foi iniciado empiricamente corticosteroide tópico. Observou-se melhoria parcial das alterações analíticas, sem resolução das lesões cutâneas. Por persistência do quadro colestático, realizou RM abdominal, que revelou dilatação das vias biliares intra-hepáticas com estenose distal à confluência dos ductos hepáticos, sugestiva de estenose biliar iatrogénica pós-colecistectomia. Nova biópsia cutânea confirmou colagenose perfurante reativa. Foi realizada CPRE com dilatação e colocação de prótese biliar, com resolução completa da colestase e das lesões cutâneas. **Discussão:** A colagenose perfurante reativa adquirida é uma dermatose infrequente e pouco descrita na literatura. A sua associação a colestase é rara e pode dificultar o reconhecimento inicial. Este caso evidencia a importância da confirmação histopatológica e da investigação de patologia sistémica em dermatoses pruriginosas persistentes. O tratamento da causa hepatobiliar permitiu a resolução das manifestações cutâneas.

CO 18

DOENÇA CELÍACA SERONEGATIVA EM DOENTE IDOSA

Rita Tinoco Magalhães¹; Inês Pacheco Dos Santos²; Sara Freire¹

¹PP Hospital de Cascais; ²Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A síndrome consumptiva associada a anemia inflamatória e elevação persistente dos marcadores de inflamação representa um desafio diagnóstico no idoso. A doença celíaca seronegativa, rara e frequentemente subdiagnosticada, deve ser considerada no diagnóstico diferencial após exclusão de causas mais frequentes.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, previamente autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia e ansiedade, internada por síndrome consumptiva com perda ponderal de 20 kg em 1 ano, anemia normocítica com ferropénia documentada e elevação persistente de PCR e VS. Adenopatias justa-centimétricas, hipergamaglobulinémia policlonal e biópsias ganglionares reativas. Estudo infeccioso, autoimune, hematológico, imagiológico e endoscópico sem diagnóstico conclusivo inicial. Teve alta com estudo genético em curso.

Reinternada por agravamento funcional marcado, manteve anemia inflamatória com défice de ferro, necessitando de ferro endovenoso e transfusão. Nova endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais revelou histologia sugestiva de doença celíaca (Marsh 3a). A serologia celíaca foi repetidamente negativa, sem défice de IgA, e a pesquisa de *Tropheryma whipplei* foi negativa. O estudo genético revelou positividade para HLA-DQ8. Após início de dieta isenta de glúten, verificou-se melhoria clínica significativa, com ganho ponderal e recuperação da autonomia funcional.

Discussão: A doença celíaca seronegativa pode manifestar-se de forma sistémica, sem sintomas gastrointestinais e com marcadores inflamatórios elevados, mimetizando doença linfoproliferativa ou inflamatória crónica. A negatividade serológica não exclui o diagnóstico, particularmente no idoso. A histologia duodenal, o suporte genético e a resposta clínica à dieta sem glúten foram determinantes. Este caso reforça a importância de incluir doença celíaca seronegativa no diagnóstico diferencial da síndrome consumptiva e anemia ferropénica e inflamatória de etiologia indeterminada.

CO 19

CARCINOMA DE MERKEL: UM DESFECHO FATAL

Renata Maçano; Patrícia Varanda Dias;

Romana Bettencourt Fagundes; Sofia Peixoto;

Rita Amorim Costa; João Luís Miranda

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Carcinoma de células de Merkel (CCM) trata-se de um tumor cutâneo neuroendócrino raro, agressivo e com elevada mortalidade. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem exposição crónica à radiação ultravioleta, imunossupressão, idade avançada, infeção por poliomavírus e etnia caucasiana. Apresenta-se mais frequentemente como um nódulo firme, de coloração vermelha a violácea, de crescimento rápido, localizado em áreas da pele expostas ao sol.

Relata-se o caso de um homem de 55 anos, caucasiano, com antecedentes de hipertensão, dislipidémia, doença cerebrovascular, síndrome depressiva e carcinoma de células de Merkel em vigilância (lesão cutânea da nádega direita submetida a excisão alargada e radioterapia adjuvante 3 anos antes, sem evidência de doença residual). Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal periumbilical e diarreia com muco (> 10 dejeções/dia), astenia e perda ponderal de 5 kg com 3 semanas de evolução. Ao exame Objetivo, a destacar mucosas desidratadas e distensão abdominal. Sem alterações nas análises. Realizou TC-abdominal por suspeita de síndrome funcional neuroendócrino, que evidenciou volumosa massa pancreática com aspeto heterogêneo e invasão de estruturas adjacentes. Acresce trombose tumoral da veia porta, e sinais de carcinomatose peritoneal com ascite de moderado volume. Realizada paracentese, cuja citologia do líquido

apresentou células sugestivas de malignidade. Resultado da biópsia de massa pancreática com expressão de CK20, compatível com tumor neuroendócrino. Iniciou avelumab e corticoterapia em altas doses com intuito paliativo, observando-se progressão da neoplasia. Evoluiu com lesão renal obstrutiva com acidose metabólica grave refratária às medidas instituídas, verificando-se deterioração progressiva a culminar no seu falecimento. O caso ilustra que, embora raro, o CCM é um tumor maligno agressivo com potencial para metastização à distância, exigindo seguimento clínico continuado mesmo após tratamento.

CO 20

QUANDO A SUSPEITA DE ENDOCARDITE REVELA NEOPLASIA OCULTA: ENDOCARDITE TROMBÓTICA NÃO BACTERIANA

Sara Teixeira Azevedo; Joana Fontes; Luís Andrade
ULS Entre o Douro e Vouga

Introdução: A endocardite trombótica não bacteriana (ETNB) é uma entidade rara caracterizada pela formação de vegetações estéreis nas válvulas cardíacas, frequentemente associada a estados de hipercoagulabilidade, nomeadamente neoplasias malignas. A distinção entre ETNB e endocardite infecciosa pode ser desafiante, sobretudo em doentes portadores de dispositivos cardíacos implantáveis, podendo conduzir a atraso diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 79 anos, previamente autónomo, com antecedentes de cardiomiopatia dilatada de etiologia não esclarecida, implantação prévia de dispositivo de ressincronização cardíaca (CRT-P) por bloqueio aurículo-ventricular, diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado, hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica em contexto de neoplasia renal prévia. Foi admitido por suspeita de endocardite infecciosa associada a dispositivo cardíaco, após ecocardiograma revelar imagem sugestiva de vegetação na válvula tricúspide envolvendo o eletrocater. Apresentava síndrome inflamatório sistémico marcado (PCR >200 mg/L, VS 28 mm/h, ferritina >4000 ng/L) e febre persistente. Iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e ceftriaxona, sem melhoria clínica ou analítica e com hemoculturas repetidamente negativas. Durante o estudo complementar, a TC abdominal revelou múltiplas lesões hepáticas, destacando-se extensa área hipocaptante ocupando grande parte dos segmentos VIII e V. O estudo histológico confirmou colangiocarcinoma intra-hepático com metastização hepática. Na ausência de critérios microbiológicos e perante falta de resposta à antibioterapia, o quadro foi reinterpretado como ETNB em contexto paraneoplásico. Durante o internamento verificou-se ainda isquemia distal do membro inferior direito de provável etiologia embólica. Foi instituída anticoagulação sistémica, com suspensão da antibioterapia, e o

doente foi referenciado para Oncologia e C. Paliativos.
Conclusão: A ETNB associa-se frequentemente a neoplasias avançadas e pode mimetizar endocardite infecciosa. Em casos de vegetações valvulares com hemoculturas negativas e ausência de resposta à antibioterapia, deve considerar-se esta entidade e investigar doença neoplásica subjacente.

CO 21

ANEMIA GRAVE COM RETICULOCITOPENIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sofia Almada; Sara Nunes Gomes; Mónica Jardim;
Elisa Caldeira; Francisco Barreto; Maria da Luz Brazão;
Teresa Faria
SESARAM

Introdução A anemia hipoproliferativa grave em adultos constitui um desafio diagnóstico em Medicina Interna. Exige uma investigação sistematizada de forma a excluir causas nutricionais, hemolíticas, hemorrágicas, autoimunes ou neoplásicas. Entre as entidades mais raras encontra-se a Aplasia Eritróide Pura adquirida, caracterizada por redução da série eritroide na medula óssea, com preservação das restantes linhagens hematopoiéticas.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, previamente autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e osteoartrose, admitida por astenia marcada, dispneia de esforço e sensação de mal-estar geral. Referiu síndrome viral autolimitado cerca de duas semanas antes, caracterizado por febre, cefaleias, mialgias e diarreia aquosa. Analiticamente apresentava anemia grave (Hb 5,1 g/dL), normocítica e normocrómica, com reticulocitopenia, leucograma e plaquetas normais. O estudo analítico excluiu défices vitamínicos, bem como evidência de hemólise. As serologias para HIV, Vírus da Hepatite B e C foram negativas. A endoscopia digestiva alta não identificou lesões.

Perante anemia grave com reticulocitopenia e ausência de causa evidente, foi realizado estudo medular. O mielograma evidenciou celularidade global preservada, com marcada diminuição da série eritroide e predomínio de proeritroblastos. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica não revelou evidência de doença neoplásica.

Durante o internamento, a doente necessitou de suporte transfusional e iniciou corticoterapia, com recuperação progressiva da hemoglobina e melhoria clínica. A serologia veio a revelar positividade tanto para IgG como para IgM anti-Parvovirus B19, compatível com infeção recente.

Já em regime ambulatorial, apresentou recuperação analítica espontânea, pelo que iniciou desmame de corticoterapia.

Conclusão: A investigação etiológica permitiu estabelecer o diagnóstico de Aplasia Eritróide Pura associada a infeção por Parvovirus B19. Este caso clínico evidencia a importância da abordagem estruturada da anemia hipo-

proliferativa grave, salientando o papel do estudo medular e restante estudo etiológico, permitindo orientar adequadamente a abordagem diagnóstica e terapêutica.

CO 22

DERRAME PLEURAL COM EVOLUÇÃO ATÍPICA: UM ALERTA

João Seara Carvalho¹; Vasco Cremon Lemos¹; Diogo Calado²; Carolina Costa²; Rita Silvério²; Filipa Carrega²; Manuela Fera²; Susana Marques²

¹IPO Lisboa; ²Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: Os derrames pleurais volumosos representam um diagnóstico desafiante, sobretudo em doentes com comorbilidades respiratórias, nos quais a apresentação clínica pode ser subtil. Este caso destaca-se pela discordância entre estabilidade clínica e gravidade da patologia subjacente, demonstrando como a interpretação integrada da imagem pode ser fulcral para orientar o diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 86 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica e tabagismo ativo, recorreu à urgência por dispneia há 4 dias. Ao exame Objetivo apresentava polipneia e broncoespasmo. Os exames iniciais revelaram derrame pleural direito extenso, sem alterações analíticas ou gasimétricas significativas. A tomografia computadorizada (TC) confirmou volumoso derrame pleural direito, associado a atelectasias compressivas, sem espessamentos nodulares sugestivos de etiologia tumoral ou sinais de pneumonia.

Realizou-se toracocentese, obtendo-se 1.6L de líquido amarelo-citrino, a destacar 900/uL de leucócitos com 70% de linfócitos. Durante o procedimento observou-se saída de líquido arejado, achado sugestivo de hidropneumotórax ou condicionado por pulmão encarcerado, confirmado por radiografia torácica.

No internamento, o doente manteve-se em vigilância sem necessidade de oxigénio e, por ausência de causa identificada, repetiu TC que demonstrou “densificação hilar direta suspeita com 2cm” pelo que se procedeu a broncofibroscopia, que revelou lesão endobrônquica com sinais diretos de neoplasia.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica dos derrames pleurais volumosos quando a apresentação clínica e imagiológica inicial é inespecífica. A evolução pós-toracocentese foi determinante para elevar a suspeita de causa maligna e justificar a realização de broncofibroscopia, que permitiu o diagnóstico. Este caso reforça a importância de uma abordagem sistemática e multidisciplinar na avaliação do derrame pleural, particularmente em doentes com fatores de risco para neoplasia pulmonar.

CO 23

UM APTT QUE NÃO CORRIGE: ALERTA PARA HEMOFILIA ADQUIRIDA

Rita Ribeiro Vilar; Ana Rita Tomás; Constança Coutinho; Rafael Beja Cruz; Rita Dutschmann; Jéssica Oliveira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A hemofilia adquirida é uma coagulopatia rara e potencialmente fatal, que consiste no desenvolvimento de autoanticorpos contra os fatores de coagulação, mais frequentemente o fator VIII. De destacar diversas causas subjacentes, nomeadamente, doenças autoimunes, neoplasias, fármacos ou infeções, sendo idiopática em metade dos casos. A apresentação clínica é variável, desde ausência de sintomas a hemorragias graves, predominando as hemorragias cutâneas, musculares e de tecidos moles.

Caso-clínico: Homem de 74 anos, autónomo, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica e hipertensão arterial, internado por pielonefrite aguda a *Escherichia coli*, sob piperacilina/tazobactam. Durante o internamento desenvolveu extensos hematomas nos membros superiores, sem trauma associado. Analiticamente com queda de hemoglobina (10g/dL para 6g/dL) e prolongamento isolado do aPTT (90,1s), sem correção no teste de mistura, com restantes parâmetros de coagulação normais. O doseamento de fator VIII <1% e pesquisa de inibidor positiva, confirmaram o diagnóstico de hemofilia adquirida.

O doente foi transferido para um Centro de Referência de Imuno-Hemoterapia, onde cumpriu terapêutica com fator VII recombinante e prednisolona 1mg/Kg/dia, com controlo hemorrágico e estabilização laboratorial. O estudo etiológico mostrou autoimunidade negativa e TC com nódulos pulmonares suspeitos, encontrando-se a aguardar PET-CT. Pelo que se assumiu hemofilia adquirida do fator VIII de provável etiologia neoplásica.

Discussão: O diagnóstico desta patologia pode ser desafiante dado a baixa prevalência, a complexidade do diagnóstico laboratorial e por ser confundida com outros distúrbios da coagulação. Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce desta entidade em doentes sem história hemorrágica prévia, com aPTT isoladamente prolongado sem correção no teste de mistura. O diagnóstico e tratamento atempados são fundamentais para reduzir a elevada morbimortalidade associada.

CO 24

HIPERFERRITINEMIA MULTIFATORIAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Eduardo Viana; Cláudio Coelho; José Miguel Gonçalves; Nereida Monteiro; Rafael Lopes Freitas; Inês Ferreira; Iara Fazenda; Daniel Lima Alves; Ana Garrido Gomes
ULSAM

Introdução: A hiperferritinemia é frequentemente multifatorial e nem sempre traduz hemocromatose hereditária clássica. Em doentes com hemoglobinopatias

e antecedentes transfusionais, a sobrecarga de ferro pode ocorrer mesmo na ausência de mutações genéticas major. A abordagem terapêutica torna-se particularmente desafiante quando coexistem contraindicações para flebotomia, exigindo ponderação quanto à estratégia terapêutica a adotar.

Caso clínico: Sexo feminino, 83 anos, antecedentes de anemia microcítica estável, β -talassemia minor e heterozigotia para a mutação H63D do gene HFE. Analiticamente destacava-se elevação das enzimas hepáticas hiperferritinemia persistente 1000–2000 ng/mL e saturação de transferrina de cerca de 50%, com agravamento analítico após transfusões em contexto de choque hemorrágico por politrauma. Imagiologicamente, com ressonância magnética a demonstrar sobrecarga de ferro hepática e esplênica, sem envolvimento cardíaco. Sendo que a doente apresentava anemia (Hb 10,8 g/dL), o que contraindica flebotomias terapêuticas, após discussão multidisciplinar optou-se por iniciar quelante de ferro com deferásirox, com resposta terapêutica favorável e redução progressiva da ferritina para valores alvo e normalização dos valores das transaminases hepáticas.

Discussão: A hiperferritinemia pode ser multifatorial e resultar da combinação de fatores que isoladamente não implicam sobrecarga de ferro. No entanto, em associação, e despoletados por eventos pontuais, tais como transfusões, podem conduzir a sobrecarga de ferro. Em doentes com anemia crônica, a flebotomia pode estar contraindicada, tornando a terapêutica quelante a principal estratégia. O caso destaca ainda a importância da avaliação etiológica da hiperferritinemia na definição da abordagem terapêutica em situações não clássicas e multifatoriais de sobrecarga de ferro.

CO 25

UM CHOQUE ANAFILÁTICO DE PARTIR O CORAÇÃO

M^a Emília Vieira Duque Carreira Monteiro; Ana Rita Chaves; Matilde Lima Lagoa; Sara Maia Barbosa; Teresa Souto Moura
ULS São José, Medicina Interna, Medicina ¹

Reações anafiláticas à carboximaltose são raras (0.8 por 10.000 1as administrações), mas podem ser de gravidade elevada com choque e risco de morte. O tratamento inclui administração de adrenalina por via intramuscular ou endovenosa (ev) se os sintomas persistirem e o doente estiver monitorizado.

Senhora de 72 anos, proposta para administração de carboximaltose férrica em hospital de dia por ferrope-nia (ferritina 9ng/dL). Aos 2 min de perfusão do fármaco iniciou quadro compatível com reação anafilática com náuseas, rubor seguido de palidez, hipersudorese, hipotensão (80/50mmHg) e broncoespasmo. Foi medicada com 0.5+0.5mg de adrenalina ev e posteriormente metoclopramida, hidrocortisona, clemastina e soro e ficou internada para vigilância. Apresentou desconforto pré-cordial associado a ECG com alterações

da repolarização (inversão das ondas T em DI, DII, aVL e V2-V6) e troponina 76ng/L. O Ecocardiograma revelou VE com função sistólica conservada, hipocinésia apical e hipercontratibilidade dos segmentos basais e medianos, sugerindo padrão de Takotsubo. O cateterismo cardíaco não mostrou alterações. A doente melhorou clinicamente e a reavaliação ecocardiográfica em 2 semanas mostrou resolução das alterações da contratilidade do VE; o ECG repetido às 6 semanas revelou igualmente normalização.

A síndrome de Takotsubo é caracterizada por alterações transitórias do VE - balonamento apical e hipercontratibilidade dos segmentos basais - na ausência de doença coronária. A fisiopatologia parece estar relacionada com o elevado nível de catecolaminas, em resposta a situações de stress físico ou emocional. Está descrita a sua associação com a administração de adrenalina, como neste caso. Tal como é característico, as alterações cardíacas foram totalmente reversíveis, conferindo bom prognóstico à doente. Fica o alerta para o risco anafilático de um fármaco aparentemente inócuo e cada vez mais difundido, bem como a precaução necessária na administração de adrenalina ev.

CO 26

ENDOCARDITE INFECCIOSA POR ABIOTROPHIA DEFECTIVA: UMA CAUSA RARA DE DESTRUIÇÃO VALVULAR

Nuno Ferreira Ramalho; Mariana Nunes Mendes; Muhammad Issá; Carlota Pinheiro De Mello; Madalena Ferreira Costa; Catarina Rei; Rita Homem; João Sequeira

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A *Abiotrophia defectiva* é uma bactéria pertencente à microbiota da cavidade oral, de baixa virulência, que geralmente afeta indivíduos com comorbilidades. Pode causar endocardite infecciosa após procedimentos dentários invasivos, sendo ainda comum a ocorrência de hemoculturas negativas devido ao seu caráter fastidioso.

A endocardite infecciosa por *Abiotrophia defectiva* é rara, corresponde a cerca de 1-2 % dos casos e associa-se a evolução agressiva com destruição valvular precoce, elevado risco de embolia, insuficiência cardíaca congestiva e necessidade de cirurgia. A identificação microbiológica e a vigilância ecocardiográfica seriada são fundamentais para o prognóstico.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 70 anos, autônomo, admitido por quadro consumptivo com 2 meses e febre com 1 mês de evolução. Referia procedimentos dentários recentes. As hemoculturas isolaram *Abiotrophia defectiva*, sensível a ceftriaxone. O ecocardiograma transtorácico e transesofágico evidenciaram endocardite infecciosa nativa das válvulas aórtica e mitral, com vegetações até 15 mm e insuficiência moderada, sem complicações paravalvulares.

Iniciou antibioterapia com ampicilina e ceftriaxone, ajustada posteriormente para ceftriaxone e gentamicina, com negatificação das hemoculturas de controlo. Apesar de estabilidade clínica, apresentou sopro sistólico aórtico *de novo* e o ecocardiograma revelou progressão rápida da doença, com vegetações volumosas (~20 mm), destruição valvular, insuficiência aórtica grave e pseudoaneurisma do folheto anterior da válvula mitral.

Por agravamento estrutural significativo, foi submetido a cirurgia cardíaca, com substituição valvular aórtica e mitral por próteses biológicas e encerramento de abscesso do septo interventricular membranoso. O pós-operatório foi complicado por bloqueio aurículo-ventricular completo transitório, com necessidade de estimulação cardíaca temporária. Evoluiu favoravelmente, sem evidência de embolização, tendo concluído antibioterapia dirigida.

Discussão: Este caso ilustra o comportamento agressivo da endocardite por *Abiotrophia defectiva*, mesmo sob terapêutica adequada. A vigilância ecocardiográfica seriada e a referência cirúrgica atempada são determinantes para melhorar o prognóstico.

CO 27

QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA A CAUSA: PNEUMONIA ORGANIZATIVA INDUZIDA POR SOTALOL

Teresa Senra Santos¹; Luís Veiga²; Joana Gonçalves²

¹ULS Póvoa de Varzim/ Vila de Conde; ²ULS Póvoa de Varzim/ Vila de Conde

A pneumonia organizativa é uma entidade clinicopatológica caracterizada por inflamação e organização do exsudado alveolar, podendo ocorrer de forma idiopática ou secundária a infeções, doenças autoimunes, radiação ou fármacos. A etiologia farmacológica é rara e frequentemente subdiagnosticada, sendo fundamental a sua identificação para evitar terapêuticas desnecessárias e permitir reversibilidade do quadro. Apresenta-se o caso de um homem de 64 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, fumador, com diagnóstico recente de arritmia cardíaca não especificada, medicado há dois meses com apixabano e sotalol. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço para médios esforços, astenia e anorexia com cerca de um mês de evolução, associados a expectoração mucosa diária, sem febre ou outros sintomas constitucionais. Ao exame Objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável e eupneico, apresentando crepitações dispersas nas bases pulmonares, sem edema periférico. Analiticamente não apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, sem insuficiência respiratória na gasimetria. Vírus respiratórios e antigenúrias foram negativos. A radiografia torácica evidenciava infiltrados bilaterais dispersos. A tomografia computadorizada torácica revelou espessamento dos septos interlobulares e extensas áreas em vidro despolido com broncograma aéreo, predominantes no pulmão direito. Estudo microbiológico da expecto-

toração, baciloscopias, estudo autoimune e broncofibroscopia foram inconclusivos. A biópsia pulmonar por via transbrônquica demonstrou alterações compatíveis com pneumonia organizativa. Perante suspeita de etiologia farmacológica, procedeu-se à suspensão do sotalol, verificando-se melhoria clínica progressiva. A tomografia de controlo, realizada dois meses depois, demonstrou reabsorção quase completa das alterações. A pneumonia organizativa induzida por fármacos constitui uma causa rara de infiltrados pulmonares difusos. O reconhecimento desta entidade é fundamental, uma vez que a suspensão do agente implicado pode conduzir à resolução clínica e imagiológica, evitando terapêuticas adicionais como corticoterapia. Este caso ilustra a importância da revisão sistemática da medicação na abordagem de pneumopatias intersticiais de etiologia indeterminada.

CO 28

UM CASO RARO DE ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA A LINEZOLIDA

Paulo Jorge O Ferreira; Judite Antas; Inês Duro; Ana Rita Costa
ULS Santo António

A acidose láctica associada a linezolida (LALA) é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, relacionada à toxicidade mitocondrial do fármaco.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 72 anos internada na Cirurgia Geral por neoplasia do sigmoide, submetida a sigmoidectomia com anastomose colorretal íleo-terminal. Teve como intercorrência deiscência da anastomose com isolamento de *E. faecium*, tratada conservadoramente com antibioterapia dirigida com Linezolida.

Ao dia 35 de antibioterapia, a manter parâmetros inflamatórios em crescendo, sem febre ou hipotensão arterial, mas com sinais de dificuldade respiratória. Em gasimetria constatada hiperlactacidemia (16 mmol/L) e acidose metabólica. Realizada tomografia computadorizada que excluiu isquemia intestinal. Ao exame Objetivo, desconforto geral com polipneia, desconforto abdominal generalizado, sem irritação peritoneal. Eletrocardiograma sem alterações. Manteve lactato em crescendo (24 mmol/L), bem como acidose metabólica, com anion gap aumentado. Cetonemia normal.

Assumida acidose láctica de etiologia possivelmente associada a toxicidade a linezolida, após exclusão das outras causas.

Internada na Unidade de Cuidados Intensivos, para suporte de órgão. Suspensa linezolida e iniciada tiamina e técnica de substituição da função renal (TSFR), tendo em conta a acidemia grave (metabólica e láctica). Realizadas 2 sessões, com resposta parcial (diminuição dos lactatos para 13 mmol/L). Apesar da terapêutica a doente evoluiu com disfunção multiorgânica severa, tendo acabado por falecer.

A LALA é uma complicação rara, ocorrendo maiori-

tariamente em contextos de terapêutica prolongada. Este caso destaca a importância de um elevado índice de suspeição perante acidose metabólica com hiperlactacidemia em doentes sob linezolida, após exclusão de outras causas. O reconhecimento precoce e a suspensão imediata do fármaco são fundamentais, embora a evolução possa ser desfavorável apesar das medidas terapêuticas instituídas.

CO 29

UMA REAÇÃO RARA À VANCOMICINA: DERMATOSE BOLHOSA LINEAR POR IGA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Flávia Freitas; Carolina Oliveira; Laura Cainé; Beatriz Rosa; João Mota; Paula Felgueiras

Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

Introdução: A Dermatose Bolhosa IgA linear é uma doença rara, idiopática ou induzida por fármacos que resulta da deposição de IgA na junção dermoepidermal desencadeando uma reação autoimune na forma de bolhas. A vancomicina é um dos fármacos com maior potencial de induzir esta doença. Os anti-inflamatórios não esteróides, lítio e captopril também podem induzir a reação autoimune.

Caso clínico: Mulher, 70 anos, autónoma, antecedentes pessoais de hipertensão arterial e obesidade. Medicada com anti-hipertensor, estatina, fibrato e fluoxetina. A doente encontrava-se internada no serviço de Ortopedia no contexto de infeção da prótese do joelho esquerdo com microbiologia de conteúdo intra operatório estéril, estando sob vancomicina e gentamicina desde há 10 dias. Foi pedida colaboração da Medicina Interna por rash eritematoso bolhoso pruriginoso disperso pela pele e mucosas (palato duro), poupando apenas mãos e pés. A doente apresentou agravamento progressivo das alterações cutâneas com áreas de confluência e flictenas com perda de continuidade da pele e sinal de Nikolsky positivo. Analiticamente com eosinofilia (700 eosinófilos) sem leucocitose de relevo, VS 57s, proteína C reactiva de 3,71 mg/dL e vancomicinemia supratrapêutica (22,7mg/L). Assumidas como hipóteses diagnósticas toxidermia bolhosa a antibioterapia, penfigóide bolhoso, dermatose linear IgA e toxina esfoliativa por infeção estafilocócica. Realizada biópsia cutânea de uma das lesões cujo resultado revelou “dermatose IgA linear”. Foi suspensa a vancomicina, alterada antibioterapia e iniciada terapêutica com corticoterapia sistémica com melhoria progressiva do quadro.

Discussão: A monitorização da terapêutica com antibioterapia de largo espectro endovenosa é relevante. A vancomicina constitui um antibiótico frequentemente utilizado por longos períodos de tempo em enfermarias cirúrgicas. Perante a suspeita diagnóstica é fundamental a suspensão do fármaco, após a qual a resolução total das lesões ocorre geralmente em poucas semanas.

CO 30

DEXMEDETOMIDINA: UMA TERAPÊUTICA PROMISSORA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Joana Araújo Correia¹; Vilma Passos²; Graciela Camacho²; Catarina Barradas²; Susete Freitas²; Licínia Araújo²

¹Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal; ²Hospital Dr. João de Almada

A dexmedetomidina é amplamente utilizada em unidades de cuidados intensivos e na realização de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, permitindo um nível de sedação ligeiro, no qual o doente se encontra despertável ao estímulo verbal. A sua administração noutros contextos não se encontra recomendada, no entanto, ao longo dos últimos anos têm surgido vários estudos que revelam um grande potencial do seu uso em cuidados paliativos, com vista ao tratamento da dor refratária e do delirium hiperativo.

Homem de 76 anos, com antecedentes de alcoolismo crónico e neoplasia do seio piriforme localmente invasiva, sem indicação para terapêutica curativa, deu entrada na Urgência por quadro de dispneia, agitação psicomotora e desorientação, condicionando a reiterada remoção da sonda nasogástrica. Após avaliação clínica, analítica e radiológica, ficou internado por pneumonia de aspiração, com hipoxémia ligeira. No internamento, cumpriu ciclo de antibioterapia, com possibilidade de suspensão da oxigenoterapia e descedida acentuada dos parâmetros inflamatórios. Apesar da resolução da intercorrência infecciosa, manteve agitação psicomotora marcada, com necessidade de múltiplos ajustes na terapêutica. Titulou-se a dose de fenobarbital até 1200 mg/dia, tiaprida até 100 mg/dia, midazolam até 15 mg/dia e haloperidol até 20 mg/dia, sem qualquer efeito. Posteriormente, optou-se por iniciar perfusão de dexmedetomidina a 0.7 mcg/kg/hora, com evidente melhoria do delirium hiperativo, permanecendo sonolento mas facilmente despertável à chamada e capaz de cooperar nos cuidados. Não se verificou a ocorrência de efeitos adversos nomeadamente hipotensão e bradicardia.

A dexmedetomidina constitui uma opção terapêutica promissora em cuidados paliativos, na medida em que proporciona uma sedação ligeira, controla a agitação psicomotora e permite que o doente permaneça facilmente despertável, cooperativo e comunicativo aquando da visita dos seus familiares.

CO 31

ENDOCARDITE PROTÉSICA COM APRESENTAÇÃO IMUNOMEDIADA DOMINANTE

Sara Videira Almeida; Maria João Gonçalves; Daniel Seabra; Joana Rodrigues Morais

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) de prótese valvular permanece um desafio diagnóstico, sobretudo quando os achados ecocardiográficos são inconclusivos.

vos. As manifestações imunomediadas podem constituir a apresentação dominante, mimetizando doença autoimune sistêmica e condicionando o diagnóstico.

Caso clínico: Doente de 74 anos admitida por síndrome inflamatória sistêmica com bacteriemia a *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (MSSA). Quadro clínico pautado por manifestações sistêmicas: púrpura palpável (biópsia cutânea a revelar vasculite leucocitoclástica), artrite de pequenas e grandes articulações e lesão renal aguda com proteinúria subnefrótica e dismorfia eritrocitária. Iniciada antibioterapia dirigida. Realizou exaustivo estudo complementar para identificação do foco infeccioso; destaca-se suspeita de EI em ecocardiograma transesofágico dada a presença de pequena estrutura móvel na prótese aórtica; não obstante, nem a tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica nem em tomografia por emissão de positrões evidenciaram achados relevantes. A bacteriemia por MSSA em doente portadora de prótese valvular com achado ecocardiográfico sugestivo associado a fenómenos imunológicos permitiu, segundo os critérios de Duke, suportar o diagnóstico de EI protésica. Cumpriu 42 dias de antibioterapia, com negatificação microbiológica e estabilização clínica, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Adicionalmente, considerando a exuberância dos fenómenos imunológicos, foi necessário instituir corticoterapia sistêmica, com regressão das manifestações imunológicas e recuperação da função renal.

Conclusão: Este caso ilustra o desafio diagnóstico da EI protésica, enfatizando a relevância dos fenómenos imunomediados como manifestação dominante, além das manifestações clássicas como a vegetação. A integração de dados clínicos, microbiológicos e imagiológicos foi essencial para o diagnóstico e orientação terapêutica, exigindo equilíbrio entre controlo infeccioso e imunossupressão.

CO 32

ERUPÇÃO CUTÂNEA E MUCOSITE INDUZIDAS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE (MIRM): UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA

Maria Santos Fialho; Maria Santos Fialho; Flávio Quadrado; Ângela Neto; Ana Rita Duarte; Margarida Jacinto; Ana Teresa Vieira

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Introdução: *Mycoplasma pneumoniae* (MP) é um agente frequente de pneumonia adquirida na comunidade, estando associado a manifestações extrapulmonares em cerca de 25% dos casos. A erupção cutânea e mucosite induzidas por MP (MIRM), descrita como entidade clínica distinta desde 2014, permanece rara e subdiagnosticada. Caracteriza-se tipicamente por um pródromo respiratório seguido de mucosite exuberante e envolvimento cutâneo limitado. É mais descrita em crianças e adolescentes, sendo excecional no adulto idoso. Apresenta-se

um caso invulgar de MIRM observado em contexto de internamento.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, autónoma, com neoplasia renal sob imunoterapia (último ciclo há 4 semanas), recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço e tosse seca com 10 dias de evolução. Ao exame Objetivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular bibasal e SpO2 de 88% em ar ambiente. Analiticamente destacava-se leucocitose e elevação da proteína C reativa. A TAC-tórax revelou consolidações pulmonares bilaterais com broncograma aéreo, predominantes nos lobos inferiores, compatíveis com pneumopatia bilateral. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Durante o internamento desenvolveu mucosite oral dolorosa associada a exantema maculopapular pruriginoso no tronco e membros. A serologia revelou infeção recente por MP, procedendo-se à substituição para azitromicina. Face ao quadro clínico, estabeleceu-se o diagnóstico de MIRM, tendo sido instituída terapêutica de suporte, com evolução favorável e resolução progressiva das lesões.

Discussão: Este caso destaca uma apresentação atípica de MIRM numa doente idosa, população raramente descrita na literatura. O reconhecimento precoce desta entidade e das manifestações extrapulmonares associadas ao MP é fundamental para um diagnóstico correto, otimização terapêutica e melhoria do prognóstico clínico.

CO 33

NEFROPATIA ASSOCIADA AO VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: UMA APRESENTAÇÃO INAUGURAL ATÍPICA

Tiago Alexandre; Sara Campos; Alexandra Ávila; Vanda Conceição; Nuno Bernardino Vieira
Hospital Portimão

Introdução: A infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) é uma infeção crónica, cuja primoinfeção é frequentemente assintomática e com terapêuticas que permitem alterar o curso natural da doença. São cada vez menos frequentes as manifestações mais avançadas da doença, associadas a status de infeção não controlada, secundárias a inflamação e depleção da resposta imunitária.

A nefropatia associada a infeção por VIH, é uma complicação incomum, com fatores de risco conhecidos, que se apresenta com alterações renais estruturais típicas, proteinúria na faixa nefrótica e glomerulonefrite rapidamente progressiva em doentes com infeção por VIH crónica.

Caso clínico: Homem de 36 anos recorre ao serviço de urgência por cansaço a pequenos esforços, anorexia e cefaleia com 1 semana de evolução. Com antecedentes de anemia, hipertensão arterial e urina espumosa. O estudo analítico inicial evidenciou anemia normocítica e normocrómica (hemoglobina 8.1g/dL) creatinina 9.2mg/dL ureia de 158mg/dL e albumina de 3.4g/dL, com rácio proteinúria creatininúria 5.72. A ecografia

renal evidenciou perda de diferenciação e aumento da ecogenicidade parenquimatosa e o estudo analítico subsequente revelou reatividade no teste serológico do VIH que foi confirmado em segunda amostra. No momento do diagnóstico sem alterações que justificassem necessidade de indução dialítica urgente, o doente foi internado para vigilância, estadiamento e início de terapêutica antiretroviral. A contagem de células CD4+ foi de 187/mm³, sem diagnóstico de infeções oportunistas e a proteinúria inicial de 6.46g/24h.

Discussão: Este caso ilustra um diagnóstico inaugural de infeção por VIH em estadio C3 secundário a uma complicação grave, tendo-se infelizmente perdido a oportunidade de atuar precocemente na evolução da doença que põe em foco a necessidade de elevada suspeição clínica e rastreio desta infeção particularmente em casos graves de doença em populações jovens ou sexualmente ativas.

CO 34

QUANDO A SÍFILIS SE FAZ OUVIR: UM CASO DE OTOSSÍFILIS ISOLADA

João Leão Lopes; Beatriz Gamito Gonzaga; Carla Costa; Juliana Rochate; Marta Pinto De Almeida; Joana Rosa Martins
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A sífilis é uma doença sistémica causada por *T. pallidum*. O envolvimento do sistema auditivo – OTOSSÍFILIS – representa cerca de 0,4% de todos os casos de sífilis e pode ocorrer em qualquer fase da infeção, com ou sem envolvimento adicional do sistema nervoso central (SNC).

Caso clínico: Homem, 49 anos, referenciado a consulta por hipoacusia esquerda súbita e acufenos com seis semanas de evolução. Negava contactos sexuais de aparente risco nos últimos três anos e não recordava úlceras genitais ou exantema prévios. Observado previamente por ORL, que confirmou hipoacusia neurossensorial e iniciou corticoterapia por suspeita de patologia autoimune, sem melhoria. A investigação subsequente revelou testes treponémicos e não treponémicos positivos e punção lombar (PL) com VDRL negativo. Foi assumido o diagnóstico de otossifilis isolada, sendo tratado com Penicilina G durante 10 dias, com melhoria da audição.

Discussão: A otossifilis e a neurossifilis são entidades distintas, embora possam coexistir. A otossifilis pode ocorrer por invasão direta do ouvido interno por via hematogénea, sem necessidade de envolvimento do líquido cefalorraquidiano (LCR) ou do SNC, nomeadamente do VIII par craniano. De facto, em até 90% dos casos de otossifilis isolada, o LCR é normal. Ainda assim, a otossifilis é tratada de forma semelhante à neurossifilis, independentemente dos achados do LCR. Tal deve-se à necessidade de assegurar níveis terapêuticos de Penicilina no ouvido interno e ao facto de um LCR normal não excluir envolvimento neurológico subclínico. Inclusiva-

mente, algumas fontes advogam que a PL pode ser dispensada em doentes com sintomas auditivos isolados, exame neurológico normal e serologia para sífilis reativa. Este caso reforça a importância de incluir a otossifilis no diagnóstico diferencial de hipoacusia neurossensorial súbita, uma causa potencialmente reversível quando reconhecida e tratada precocemente.

CO 35

UMA ICTERICIA COM PISTAS OCUPACIONAIS: UM CASO DE LEPTOSPIROSE

Sofia Festa; Andreia Correia Bulhão; Adriana Pereira Almeida; Inês De Albuquerque Monteiro; Bernardo Silvério; Pedro Macedo Neves
ULS Médio Ave

Introdução: A leptospirose é uma zoonose bacteriana causada por *Leptospira spp.*, com distribuição mundial e transmissão associada ao contacto com urina de animais infetados ou ambientes contaminados. A apresentação clínica é variável, podendo ir desde formas ligeiras até quadros graves com disfunção multiorgânica. O diagnóstico pode ser desafiante devido à inespecificidade inicial dos sintomas, sendo o contexto epidemiológico fundamental para a suspeita clínica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 35 anos, sem antecedentes relevantes e sem medicação habitual, recorreu ao serviço de Urgência por quadro com 2 dias de evolução de febre, dor abdominal em cólica nos quadrantes superiores, anorexia e náuseas com vômitos incoercíveis. Negava viagens recentes, consumo de produtos de ervanária, drogas ou ingestão de leite não pasteurizado, referindo, contudo, trabalhar numa vacaria. Ao exame Objetivo a destacar, hipersudorese, mucosas ictéricas e dor à palpação epigástrica. Do estudo realizado ressalva-se: Plaquetas 93000u/L, bilirrubina total 3,97 mg/dL (direta 3,03 mg/dL), TGO 154 U/L, TGP 83 U/L, FA 233 U/L, GGT 237 U/L, ureia 92 mg/dL, creatinina 2,35 mg/dL e PCR 27,61 mg/dL; gasimetria arterial sem alterações significativas; serologias para vírus hepatotrópicos, VIH, CMV e EBV foram negativas; ecografia abdominal sem alterações. O quadro de icterícia, lesão renal aguda, trombocitopenia e critérios de SIRS motivou internamento para investigação etiológica. Perante o contexto epidemiológico e clínico suspeitou-se de leptospirose, tendo sido colhido estudo serológico e iniciado tratamento empírico com ceftriaxone, com melhoria clínica e analítica progressiva. O estudo confirmou anticorpos totais positivos para *Leptospira*, com IgM reativa e IgG negativa, confirmando infeção aguda.

Discussão: Este caso destaca a importância da suspeição clínica de leptospirose em doentes com icterícia, febre e lesão renal aguda, particularmente na presença de fatores epidemiológicos de risco. O reconhecimento precoce e início atempado de antibioterapia dirigida são determinantes para um prognóstico favorável.

CO 36

NEUROSSÍFILIS E/OU SÍFILIS OFTÁLMICA: A GRANDE IMITADORA DO SÉCULO XXI REVISITADA

João Leão Lopes; Beatriz Gamito Gonzaga; Carla Costa;
Juliana Rochate; Marta Pinto De Almeida; Joana Rosa Martins
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A sífilis é uma infecção sistémica causada por *T. pallidum*, transmitida predominantemente por via sexual. Quando não tratada, evolui por diversas fases: primária (úlceras indolores), secundária (*rash* maculopapular e linfadenopatias), latente (infecção subclínica) e terciária (lesões de órgão-alvo). A sífilis oftálmica é uma forma de apresentação rara, estando presente em apenas 0,5% a 2% dos casos de sífilis e podendo ocorrer em qualquer fase da doença. A sua raridade e apresentação clínica variável dificultam o diagnóstico precoce.

Caso clínico: Homem, 35 anos, referenciado a consulta por adenopatias cervicais com 5 meses de evolução e escotoma central no olho esquerdo. Negava contactos sexuais nos últimos 2 anos e não recordava úlceras genitais ou exantema prévios. Da investigação inicial destacava-se TC-cervical com marcada hipertrofia do anel de Waldeyer e poliadenopatias cervicais multi-compartimentais. A avaliação oftalmológica confirmou uveíte anterior bilateral. Foram realizados testes treponémicos e não treponémicos que foram positivos. A punção lombar revelou pleocitose, hiperproteinorráquia e VDRL positivo. Foi assumido o diagnóstico de neurosífilis com envolvimento oftálmico sendo tratado com Penicilina G durante 10 dias, com resolução completa do quadro.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de neurosífilis, com envolvimento oftálmico pouco valorizado pelo doente, poliadenopatias persistentes e hipertrofia proeminente do anel de Waldeyer. A sífilis oftálmica é frequentemente considerada uma forma de neurosífilis, pois o envolvimento ocular implica um potencial acometimento do sistema nervoso central, devendo ser tratada partindo deste pressuposto. Este caso enfatiza a importância de um elevado índice de suspeição para apresentações atípicas, numa era de aumento de incidência preocupante, pondo em destaque a marcha diagnóstica a realizar e sendo discutidas as especificidades da abordagem terapêutica desta manifestação rara.

CO 37

AGRANULOCITOSE SECUNDÁRIA AO TIAMAZOL: UM CASO DE NEUTROPENIA FEBRIL

Rute Painçal; Marta Araújo Fernandes; Renata Maçano;
Adriana Pereira Guedes; Paula Ferreira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

A agranulocitose é uma complicação rara do tratamento com antitiroídeos caracterizada por neutropenia grave ($<500/\mu\text{L}$), condicionando risco aumentado de infeções e sépsis. A incidência é de 0,1 a 0,5% e ocor-

re sobretudo nas primeiras 12 semanas após o início de tratamento.

Relata-se o caso de uma mulher de 56 anos com antecedentes de Doença de Graves sob tiamazol há 2 meses. Admitida no Serviço de Urgência por febre e odinofagia. Objetivamente, febril e com adenopatias centimétricas dolorosas à palpação na região cervical anterior. Analiticamente, leucopenia de $290/\mu\text{L}$, neutropenia de $10/\mu\text{L}$ e aumento da PCR e procalcitonina. Sem isolamento de agente etiológico. Realizada TC cervical a revelar edema, sem evidência de complicações. Internada em quarto de isolamento protetor sob antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e fator estimulador de colónias de granulócitos (G-CSF) e alterado tiamazol para propiltiouracilo. Ao segundo dia, evolução desfavorável com persistência da febre, agravamento de sinais inflamatórios, início de disfagia e disfonia e agravamento da neutropenia ($0/\mu\text{L}$). Decidida admissão em serviço de Cuidados Intensivos (SCI) por risco de compromisso da via aérea, suspenso antitiroídeo e alterada antibioterapia para ceftriaxona e metronidazol. Durante a permanência no SCI, verificou-se melhoria clínica (sem necessidade de ventilação mecânica invasiva) e analítica, com descida dos parâmetros inflamatórios e melhoria da neutropenia. Após 14 dias de antibioterapia e 3 dias de G-CSF, resolução da neutropenia e normalização dos parâmetros inflamatórios. Reintroduzido propiltiouracilo em baixa dose e lítio, no internamento, que manteve à alta, associados a prednisolona.

Sendo esta uma complicação potencialmente fatal do tratamento com antitiroídeos, exige suspensão imediata do fármaco, sendo até controversa a alteração para outro antitiroídeo pelo risco de reação cruzada. Este caso destaca a necessidade de vigilância hematológica frequente destes doentes, reforçando o valor da abordagem multidisciplinar e da necessidade de elevada suspeição clínica que permita um rápido diagnóstico.

CO 38

DISPNEIA, DERRAME PLEURAL E FEBRE: TEMPESTADE TIROIDEIA A MASCARAR-SE DE FALÊNCIA CARDIOPULMONAR

Sara Campos; Vanda Conceição; Nuno Bernardino Vieira
Hospital de Portimão

Introdução: A tempestade tiroideia é uma emergência endócrina rara e de elevada mortalidade, frequentemente precipitada por infeção. A apresentação pode ser dominada por compromisso cardiopulmonar, simulando um quadro de insuficiência cardíaca aguda e pneumonia, com risco de atraso diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 56 anos, com Diabetes Autoimune Latente do Adulto (LADA), hipertensão arterial e antecedentes de lipodistrofia congénita generalizada, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia progressiva, tosse seca, tremor e insónia. Ao exame

Objetivo, apresentava febre, hipoxemia, taquicardia persistente, hipertensão, sudorese e prostração. Angio-Tomografia computadorizada tórax revelou derrame pleural bilateral com atelectasia passiva e condensações compatíveis com pneumonia bilateral. Realizou toracocentese, com líquido pleural com critérios para transudado. Analiticamente, com TSH 0,01 mUI/L e fT4 70,4 pmol/L. A combinação de febre, taquicardia marcada, envolvimento gastrointestinal e descompensação cardiovascular no contexto de tireotoxicose sustentou o diagnóstico de crise tireotóxica, com elevada probabilidade segundo Burch–Wartofsky, precipitada por pneumonia adquirida na comunidade. Iniciou propiltiouracilo, hidrocortisona, iodo de Lugol e beta-bloqueante, com melhoria clínica/hemodinâmica e descida de fT4 para 36,6 pmol/L à data de alta. Anticorpo anti-TSH confirmou doença de Graves inaugural. Tratou concomitantemente a pneumonia adquirida na comunidade e a insuficiência cardíaca aguda, com plano de estratificação coronária diferida.

Discussão: O caso reforça que, perante quadro cardiopulmonar desproporcionado com febre e *trigger* infeccioso, a tempestade tiroideia deve ser ativada como diagnóstico de “não perder”. A aplicação de Burch–Wartofsky pode acelerar a decisão terapêutica. A abordagem sequencial precoce (beta-bloqueante, tionamida, odo após ≥ 1 h, corticoterapia e tratamento do precipitante) é determinante para reduzir mortalidade.

CO 39

QUANDO A PSIQUIATRIA NÃO EXPLICA TUDO: DÉFICE DE VITAMINA B12

Miguel Tomás Rodrigues; Valériya Zaruba; Filipa Silva; Diana Pedreira; Manuel Sousa; Susana Marques
Unidade Local de Saúde da Arrábida

Introdução: O déficit de Vitamina B12 é uma causa potencialmente reversível de disfunção neurológica e cognitiva. As suas manifestações podem ser heterogêneas e incluir alterações comportamentais, neuropatia periférica e deterioração cognitiva progressiva, podendo mimetizar patologia psiquiátrica primária. O reconhecimento desta etiologia é essencial para evitar atraso diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 54 anos, com antecedentes de perturbação bipolar e esteatose hepática, admitido no Serviço de Urgência por agravamento progressivo do comportamento ao longo de vários meses, caracterizado por insónia, agitação psicomotora, diminuição do autocuidado e alterações cognitivas. À admissão apresentava-se lentificado, pouco colaborante e com atenção flutuante. Não apresentava sinais meníngeos. O estudo inicial incluiu tomografia computadorizada crânio-encefálica, sem alterações agudas. A avaliação analítica revelou déficit grave de vitamina B12. O estudo do líquido cefalorraquidiano não evidenciou alterações relevantes. Du-

rante o internamento foi iniciada reposição parenteral de vitamina B12. O eletroencefalograma demonstrou atividade paroxística frontal bilateral inespecífica. Após início da terapêutica verificou-se melhoria progressiva do estado cognitivo e da capacidade de interação, com recuperação da orientação e maior colaboração nas tarefas simples.

Conclusão: O déficit de vitamina B12 pode manifestar-se predominantemente por alterações neuropsiquiátricas, podendo ser confundido com descompensação de doença psiquiátrica pré-existente. Este caso destaca a importância da investigação sistemática de causas metabólicas potencialmente reversíveis em doentes com alterações cognitivas ou comportamentais de instalação progressiva.

CO 40

ABORDAGEM DA HIPONATREMIA: EXTREMOS FISIOPATOLÓGICOS

Margarida Sousa Ornelas; Isabel De Araújo; João Loja; Diogo Raposo André; Rafael Nascimento; João Miguel Freitas
SESARAM

Introdução: A hiponatremia (hipoNa), sódio <135 mEq/L, é uma das alterações hidroeletrólíticas mais comuns na prática clínica. Pode resultar de mecanismos fisiopatológicos distintos, envolvendo desequilíbrios entre água e sódio corporais. Este trabalho aborda quadros clínicos com mecanismos contrastantes que conduzem ao mesmo distúrbio laboratorial, reforçando a importância de uma avaliação diagnóstica cuidadosa e orientada pela fisiopatologia.

Caso 1: Homem de 63 anos com traumatismo cranioencefálico (CE) recente, admitido por tonturas, náuseas e diarreia. HipoNa de 105mEq/L. Tomografia computadorizada CE revelou enfarte lacunar cerebeloso sequelar. Após excluídas iatrogenia e insuficiência da suprarrenal, realizou estudo de urina de 24 horas (U24h) que evidenciou natriurese aumentada, poliúria e hiperuricosúria. A Ressonância Magnética CE identificou lesão contusional hemorrágica fronto-basal esquerda, sem alterações hipofisárias, pelo que se admitiu o diagnóstico de *Cerebral Salt Wasting Syndrome* (CSW), com boa resposta à fludrocortisona.

Caso 2: Mulher de 63 anos com hábitos tabágicos e alcoólicos marcados e ingestão hídrica de 5L/dia. Admitida por confusão mental, náuseas, vômitos, obstipação e espasmos musculares. HipoNa de 106mEq/L e hipocaliemia de 3,2mmol/L. Estudo de U24h revelou natriurese aumentada, osmolalidade diminuída e poliúria de 11L, sendo assumida Polidipsia primária (PP). A persistência da hipoNa em ambulatório motivou reavaliação que identificou adenocarcinoma do pulmão, sendo reclassificada como Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) paraneoplásica.

Discussão: Estas entidades ilustram como as hiponatremias laboratorialmente semelhantes podem exigir

abordagens opostas. Na CSW o tratamento assenta na reposição de sódio e volume *versus* a restrição hídrica na PP e na SIADH. A correta identificação etiológica é imperativa para evitar intervenções iatrogénicas com impacto prognóstico negativo. O Caso 2 reforça ainda a importância da reavaliação de uma hipoNa persistente, podendo ser a primeira manifestação de uma neoplasia oculta.

CO 41

A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO DAS HIPOGLICÉMIAS: O CASO DO INSULINOMA

Jennifer Da Conceição; Jennifer Da Conceição; Ana Santos Costa; Carolina Assunção; Leonel Pereira; Eugénio Dias; Susana Marques; António Pessoa
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

O insulinoma é um tumor neuroendócrino pancreático, que habitualmente surge como tumor único, sendo que apenas 10% são múltiplos e metade desses associados a MEN-1. Nos EUA a incidência é de 4 casos/milhão/ano. Não existem dados acerca da incidência em Portugal. Pode aparecer em qualquer idade, com idade média de 45 anos. Cerca de 80% dos insulinomas apresentam dimensões inferiores a 2 cm e por isso muitas vezes não são evidentes nos estudos de imagem pré-operatórios.

Apresenta-se o caso de uma mulher, de 59 anos, autônoma, sem antecedentes pessoais de relevo, nomeadamente Diabetes Mellitus, e sem medicação habitual. Apresentou múltiplas vindas ao serviço de Urgência com quadro de hipoglicémia, tendo no último episódio sido encontrada em casa inconsciente, optando-se por internamento no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. Durante a permanência na enfermaria teve vários episódios de hipoglicémia mesmo com terapêutica dirigida.

Para a investigação realizou-se o estudo da hipoglicémia, com avaliação da função tiroideia e doseamentos de somatomedina, cortisol, insulina endógena, peptídeo C e anticorpos (anti-Insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico e anti-ilhéus). Estas colheitas foram realizadas após jejum prolongado e glicémias capilares prévias de 60mg/dL (Prova de jejum prolongado). Por resultados sugestivos de uma produção endógena de insulina, realizou TC- abdominopélvico que demonstrava na região cefálica pancreática um pequeno esboço nodular hipodenso medindo 12 mm e, em topografia ligeiramente inferior relativamente a esta imagem foco nodular hipercaptante milimétrico com 5,8 mm. Foi, assim, confirmada a hipótese diagnóstica de insulinoma.

Por sugestão da Endocrinologia, iniciou-se terapêutica com prednisolona 20 mg/dia, permitindo a obtenção de valores de glicémia mais elevados, e posterior suspensão de fluidoterapia com soros dextrosados e a alta.

A doente foi avaliada, ainda durante o internamento, no centro de referência de cirurgia hepatobiliar. Após

avaliação pela equipa cirúrgica, teve indicação para realizar PET Dota e enucleação por laparotomia.

Apresentamos este caso clínico pela sua raridade e desafio diagnóstico, alertando para a suspeita precoce desta entidade, de forma a oferecer terapêutica adequada e atempada e estabelecer prognóstico favorável.

CO 42

NEM SEMPRE É SÉPSIS

Martim Henriques; Olga Capontes; Leonor Feijão; Rita Reis; Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A sépsis constitui uma das patologias mais prevalentes no serviço de urgência e na enfermaria de Medicina Interna, sobretudo em doentes idosos e com múltiplas comorbilidades. No entanto, diversas outras condições podem mimetizar este diagnóstico, o que pode atrasar o tratamento de situações potencialmente fatais. Este caso clínico ilustra um desses exemplos.

Caso clínico: Homem de 84 anos, com antecedentes de doença renal crónica em estágio 4, cardiopatia isquémica e hipertensiva, fibrilhação auricular, doença arterial periférica grave, DPOC e anemia de doença crónica. Recorreu ao serviço de urgência por lentificação psicomotora e hipotensão com 15 dias de evolução. À observação inicial, prostrado, hipotenso (71/39 mmHg), bradicárdico (40 bpm) e apirético, com edemas periféricos, sem outras alterações. Analiticamente destacava-se Hb 7.1 g/dL, creatinina 3.53 mg/dL, ureia 321 mg/dL, K⁺ 6.7 mmol/L, acidémia metabólica com lactato 3.2mmol/L, CK 738 U/L e parâmetros inflamatórios discretamente aumentados. A urina II revelou leucocitúria. Foi admitido choque séptico de ponto de partida urinário e iniciou-se antibioterapia empírica, fluidoterapia e corrigiram-se as alterações iónicas. Durante o internamento na enfermaria de Medicina, apesar das medidas instituídas, verificou-se agravamento neurológico, com perda da via oral. Em estudo analítico identificou-se um hipotireoidismo grave com TSH >100 µUI/mL e T4 livre indoseável, o que, em conjunto com os dados clínicos (lentificação, miopatia com elevação da CK e bradicardia) permitiu estabelecer o diagnóstico de coma mixedematoso. O doente iniciou terapêutica com levotiroxina endovenosa e hidrocortisona sob monitorização hemodinâmica, apresentando evolução favorável do ponto de vista infeccioso, hemodinâmico e renal, com recuperação paulatina do estado neurológico.

Discussão: A integração sistemática dos achados clínicos e laboratoriais evidenciou elementos que justificaram uma revisão e reinterpretação do diagnóstico inicial, permitindo identificar o coma mixedematoso. Este caso evidencia a relevância do diagnóstico diferencial em Medicina Interna, realçando que uma história clínica minuciosa e um exame Objetivo rigoroso permanecem essenciais numa abordagem que requer espírito crítico e uma adequada integração clínica

CO 43

O ENIGMA DA HIPOXEMIA POSTURAL

Inês Pereira Da Cruz; Joana Magalhães; Jorge Almeida;
Ana Isabel Ferreira

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A síndrome platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma condição rara caracterizada por dispneia e dessaturação arterial na posição sentada/ortostática, com melhoria em decúbito. Está frequentemente associada à presença de comunicação interauricular (CIA).

Caso clínico: Mulher, 71 anos, com adenocarcinoma do cego metastizado, com recidiva recente no músculo iliopsoas direito, sob quimioterapia sistémica (QT) por catéter venoso central (CVC) totalmente implantado. Encaminhada ao SU por dessaturação periférica. Referia maior astenia desde a última sessão de QT há 1 mês. Negava dispneia ou toracalgia. À observação, eupneica em ar ambiente, com dessaturação na posição ortostática (SpO₂ 84-87%), com melhoria em decúbito para SpO₂ 98-100%. Gasimetria arterial, sentada, com insuficiência respiratória tipo 1. PCR 189.6 g/L à admissão, sem clínica focalizadora de infeção. Iniciou oxigenoterapia suplementar, sem melhoria das saturações periféricas e manutenção de hipoxemia. O angioTC tóraco excluiu tromboembolismo pulmonar e mostrou ectasia da aorta ascendente. Ecocardiograma transtorácico com soro agitado evidenciou *shunt* direito-esquerdo por CIA com aneurisma exuberante associado. Por suspeita de SPO, fez novo angioTC torácico que excluiu trombose do CVC como possível causa. Durante o internamento, realizou ecocardiograma transesofágico que confirmou o diagnóstico. Concomitantemente, com dor na fossa ilíaca direita de novo, picos febris diários e manutenção de PCR elevada. TC abdominopélvico com abscesso na goteira parietocólica direita. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol e realizou drenagem guiada por TC para controlo de foco. Ficou com agendamento de encerramento de CIA.

Discussão: A SPO é um diagnóstico que deve ser considerado em doentes com hipoxemia refratária à oxigenoterapia suplementar sem causa esclarecida. Deve ser lembrado, principalmente em doentes idosos, aquando de alterações estruturais e mecânicas que podem condicionar CIA.

CO 44

DOENÇA VENO-OCCLUSIVA PULMONAR: DESAFIO DIAGNÓSTICO NA HIPERTENSÃO PULMONAR

Maria Eduarda Moniz¹; Daniel Inácio Cazeiro²; Samuel António³; Tatiana Guimarães²; João R. Inácio²; Fausto J. Pinto²; Rui Plácido²

¹Hospital Dr. Nélito Mendonça; ²Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ³Hospital Geral de Viana – Bispo Emílio de Carvalho

A doença veno-oclusiva pulmonar (DVOP) é uma causa rara e particularmente grave de hipertensão arterial pulmonar (HAP), frequentemente subdiagnosticada,

em que o *awareness* clínico é decisivo para evitar atrasos terapêuticos e complicações.

Apresenta-se o caso de mulher de 21 anos, etnia cigana, asmática, com dispneia progressiva, fadiga e edema (classe funcional OMS III), com agravamento após gravidez (1 ano). História familiar de HAP (prima). À admissão: NT-proBNP 3317 pg/mL, eletrocardiograma com sinais de sobrecarga direita e ecocardiograma com dilatação/disfunção do ventrículo direito, insuficiência tricúspide moderada a grave, PSAP 88 mmHg e *D-shape* do ventrículo esquerdo. Na investigação: angio-TC com dilatação do tronco pulmonar, espessamento septal interlobular, adenopatias mediastínicas e opacidades em vidro despolido; espirometria com obstrução ligeira; DLCO marcadamente reduzida; cateterismo direito confirmando hipertensão pulmonar (HP) pré-capilar. Iniciou tadalafil e macitentan e, posteriormente, selexipag, com melhoria para classe OMS II. O estudo genético revelou variante provavelmente patogénica em homozigotia no EIF2AK4, confirmando DVOP, tendo sido referenciada para transplante pulmonar.

A DVOP associa-se a mutações recessivas (EIF2AK4), sendo mais provável em contextos de consanguinidade. A proliferação/obliteração veno-capilar reduz a área de trocas gasosas e mimetiza insuficiência cardíaca, atrasando o diagnóstico. Apesar do padrão hemodinâmico “pré-capilar”, o envolvimento venoso/microvascular impõe cautela com vasodilatadores, pelo risco de edema pulmonar.

Reconhecer “*red flags*” (DLCO muito baixa, vidro despolido + espessamento septal na TC, hipoxemia desproporcionada e história familiar) aumenta a suspeição, permite diagnóstico e aconselhamento genético precoces e acelera a referenciação para transplante. Os centros especializados de HP são fulcrais na integração clínica-imagiológica-genética e na gestão segura desta entidade de elevado risco.

CO 45

HEMOCROMATOSE COMO ELEMENTO DIAGNÓSTICO DE PORFÍRIA CUTÂNEA TARDA

Catarina Campos Ventura; Andrea Castanheira

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A Porfíria é um grupo de doenças metabólicas causadas por defeitos enzimáticos na síntese do grupo Heme. A porfíria cutânea é a apresentação mais comum, com aparecimento de lesões bolhosas fotossensíveis que resultam da acumulação de porfirinas por ação deficiente da enzima uroporfirinogenio-descarboxilase (UROD).

Caso clínico: Homem de 70 anos com doença de deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, hemocromatose com homozigotia para o gene H63D e fatores de risco cardiovascular, (hipertensão, diabetes, dislipidemia, ex-fumador de 70 UMA). Referenciado à consulta de medicina por petéquias nos dedos das mãos,

com evolução para bolhas e posteriormente crostas, associada a alteração da coloração dos dedos. As lesões são dolorosas e pruriginosas. À observação, com diversas lesões em várias fases de evolução, a maioria com crostas associadas a descamação, com coloração violácea dos dedos. Estudo autoimune negativo, valores de complemento C3 e C4 normais, função tiroideia sem alterações e serologias EBV, HIV, Hepatite B e sífilis negativas. Realizou eco-doppler dos membros superiores com múltiplas calcificações milimétricas parietais nas artérias radial e cubital direitas, sem outras alterações. TC toraco-abdomino-pélvica sem alterações. Desta forma, assumiu-se como diagnóstico mais provável uma porfiria cutânea tarda, em contexto de homozigotia para a hemocromatose já conhecida.

É frequente a associação entre Porfiria cutânea tarda e Hemocromatose hereditária. A hemocromatose sobrepõe-se ao mecanismo fisiopatológico da porfiria, uma vez que os depósitos hepáticos de ferro promovem dano oxidativo nos hepatócitos e inibem a enzima UROD. A abordagem destes doentes deve ser dirigida aos dois problemas, havendo benefício clínico com a remoção do ferro plasmático através de flebotomias.

CO 46

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS OU ALGO MAIS? UM CASO DE HIPOTIROIDISMO GRAVE

Rosário Calado¹; Mariana Pinheiro²; José Paz Melo²; Francisco Pinheiro²; Rita Marques Borges²; Catarina Martins²; Isabel Apolinário²; Filipa Silva²

¹Hospital de Braga; ²Hospital de Braga

Introdução: A avaliação de alterações comportamentais em doentes com antecedentes psiquiátricos é desafiante, dado que é difícil distinguir sintomas psiquiátricos primários de manifestações médicas agudas. O hipotireoidismo grave pode provocar confusão, discurso persecutório, lentificação psicomotora e recusa de cuidados, simulando uma exacerbação psiquiátrica. A identificação precoce é essencial para um diagnóstico e intervenção adequados.

Caso clínico: Doente de 67 anos, sexo feminino, autónoma, com antecedentes psiquiátricos, foi encontrada desorientada na via pública e encaminhada para o serviço de urgência. Apresentava discurso persecutório e recusava medicação, análises e exames de imagem. Vivendo sozinha, não mantinha acompanhamento médico regular. A avaliação laboratorial inicial revelou hipotireoidismo grave (TSH 107,95 mUI/L; T4L 0,10 ng/dL). TC cerebral e ECG não evidenciaram alterações significativas. A doente foi internada para correção do hipotireoidismo, sem critérios de coma mixedematoso, iniciando suplementação com levotiroxina EV, posteriormente convertida para via oral. Apesar da normalização progressiva do T4L e do declínio do TSH, manteve alterações comportamentais de teor persecutório e recusa parcial de cuidados, justificando transferência para Psi-

quiatria para avaliação e seguimento terapêutico.

Discussão: Este caso evidencia a dificuldade de interpretar alterações comportamentais em doentes com antecedentes psiquiátricos. O hipotireoidismo grave atuou como fator metabólico subjacente, mas a persistência de sintomas indicou a coexistência de alterações psiquiátricas. Destaca-se a importância da avaliação multidisciplinar, da monitorização analítica contínua e de uma abordagem integrada para diferenciar causas médicas de alterações psiquiátricas, garantindo a prestação de cuidados clínicos e psiquiátricos adequados.

CO 47

SÍNDROME DE LEMMEL COMO CAUSA RARA DE COLESTASE EXTRA-HEPÁTICA

Leonel Sousa Neves; Renata Maçano; Liliana Souto Lopes; Joana Chaves; Rita Amorim Costa

ULS Gaia/Espinho

A síndrome de Lemmel é definida pela compressão extrínseca da via biliar principal por um divertículo duodenal, causando obstrução sem evidência de cálculo biliar ou neoplasia associada. Este fenómeno leva à estase biliar, dilatação da via biliar e icterícia obstrutiva.

Relata-se o caso de uma mulher de 80 anos, que recorre ao SU por quadro de prostração e anorexia, associado a pico febril único. Do exame Objetivo a destacar febre e icterícia. Analiticamente, aumento dos parâmetros citocolestáticos, e hiperbilirrubinemia com aumento da fração direta. Da medicação habitual, a destacar o início de terbinafina nas 3 semanas que antecederam a admissão hospitalar, tendo sido suspenso nessa altura. Do estudo realizado, posteriormente, foram excluídas causas autoimunes, infecciosas ou inflamatórias. Pedida TC-abdominal que evidenciou hepatoesplenomegalia e dilatação das vias biliares, sem fator obstrutivo aparente. Realizou colangiorrressonância, com identificação de divertículo na segunda porção duodenal a comprimir parcialmente a via biliar principal. Ao longo do internamento, manteve citocolestase persistente e hiperbilirrubinemia em perfil ascendente até 22º dia de internamento, com tradução clínica evidente. Realizou CPRE terapêutica, com esfínterectomia e colocação de prótese biliar, com melhoria clínica e analítica.

O caso clínico retrata uma condição rara, que geralmente se apresenta como colangite aguda. Destaca-se o fator confundidor da terbinafina, cuja hepatotoxicidade pode mimetizar o quadro. Assim sendo, este caso reforça a importância de considerar o síndrome de Lemmel no diagnóstico diferencial de icterícia colestática

CO 48

BCGITE: UMA COMPLICAÇÃO SISTÊMICA RARA DA TERAPIA INTRAVESICAL COM BCG

Margarida Paraíso; Miguel Martins; Joana Mota; Filipa Ceia; Isabel Garrido; Hélder Cardoso; Guilherme Macedo

CH Sao Joao - S Joao

Homem de 45 anos, com antecedentes de carcinoma urotelial de alto grau da bexiga (pTa), submetido a ressecção transuretral e sob tratamento intravesical com Bacillus Calmette-Guérin (BCG). Recorreu ao serviço de urgência por vômitos, febre, astenia e mialgias 24 horas após a última administração de BCG, associadas a urina escura e icterícia de novo. Analiticamente a destacar elevação marcada das enzimas hepáticas (transaminases > 14 vezes o limite superior da normalidade) e hiperbilirrubinemia (máximo de 6 mg/dL). Ecografia abdominal a evidenciar hepatomegalia e tomografia computadorizada (TC) abdominal com espessamento urotelial bilateral com realce acentuado, infiltração da gordura perirrenal e ar no sistema urinário – achados compatíveis com pielonefrite, tendo iniciado tratamento empírico com piperacilina-tazobactam. Durante o internamento realizou biópsia hepática que revelou numerosos granulomas epitelióides com células gigantes multinucleadas do tipo Langhans e esteatose focal, sem evidência de colestase ou siderose, compatível com hepatite granulomatosa provavelmente relacionada à BCG. Investigações adicionais excluíram hepatite viral (HAV, HBV, HCV, HEV, HIV), doença hepática autoimune e hepatite tóxica. A tomografia computadorizada torácica demonstrou opacidades em vidro fosco e um padrão miliar difuso, corroborando fortemente o diagnóstico de infecção disseminada por BCG (BCGite). Foi assumido o diagnóstico de infecção disseminada por BCG e iniciou terapia antimicrobiana, com boa evolução clínica.

Este caso realça a importância da biópsia hepática no diagnóstico da hepatite granulomatosa e destaca a necessidade de reconhecimento de complicações sistêmicas associadas à terapia intravesical com BCG.

CO 49

PARACENTESES EVACUADORAS DOMICILIÁRIAS NO CONTROLO SINTOMÁTICO DA ASCITE MALIGNA

Maria Cândida Silva; Margarida Silva Cruz; Rita Lencastre Monteiro; Joana C. Monteiro; Sara Ferreira; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: A ascite maligna e refratária é uma complicação frequente em neoplasias abdominais avançadas. A paracentese evacuadora é um procedimento reconhecido para alívio sintomático rápido e, em contexto paliativo, a sua realização no domicílio pode ser facilitada com colocação de dreno abdominal. Assim, pode ser feito ensino à família sobre drenagens evitando deslocações hospitalares. Estudos demonstram que

a drenagem de pequenos volumes (<5 L) não implica, de forma sistemática, reposição de albumina, particularmente quando realizada com Objetivo exclusivamente sintomático e em doentes sem instabilidade hemodinâmica, mantendo perfil de segurança aceitável.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 79 anos, ECOG 3, com antecedentes de carcinoma urotelial tratado previamente com cistoprostatectomia radical, derivação urinária tipo Bricker e portador de nefrostomias percutâneas bilaterais. Atualmente, com diagnóstico de ampuloma com metastização hepática.

Em seguimento pela equipa domiciliária de cuidados paliativos (EDCP), o doente apresentou quadro de dor abdominal difusa, náuseas e vômitos, com agravamento do estado geral. Por este motivo, recorreu ao Serviço de Urgência confirmando-se ascite de grande volume de características malignas que foi submetida a paracentese evacuadora.

No domicílio verificou-se recidiva de ascite em dois dias, pelo que foi articulado com a Radiologia de Intervenção com colocação de dreno. A EDCP optou por drenagens seriadas de pequeno volume (1,5–3 L por procedimento), ajustadas à tolerância clínica, com otimização de diuréticos.

As drenagens periódicas decorreram sem intercorrências hemodinâmicas ou infecciosas, com alívio sintomático consistente nas semanas subsequentes, sem registo de hipotensão sintomática ou deterioração renal associada.

Discussão: A paracentese é uma intervenção eficaz no alívio da sintomatologia associada à ascite maligna. A sua realização no domicílio constitui uma estratégia segura e centrada no doente paliativo, reduzindo internamentos e deslocações desnecessárias.

Este caso evidencia que a paracentese domiciliária de pequenos volumes pode proporcionar benefício sintomático sustentado, constituindo uma opção segura e adequada em doentes oncológicos avançados, quando integrada numa abordagem multidisciplinar.

CO 50

DOENÇA DE LYME: UM RARO TRIGGER NA SÍNDROME VASO OCLUSIVA DA DREPANOCITOSE

Juliana Rochate; Camila Huertas Torres; João Leão Lopes; Marta P. De Almeida; Joana Rosa Martins; Ryan Costa Silva
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A Doença de Lyme (DL) é uma zoonose causada por espiroquetas do género *Borrelia sp.*, afetando pele, sistema nervoso, articulações e coração, sendo o diagnóstico realizado através da história clínica e testes serológicos. As complicações agudas da drepanocitose, nomeadamente as crises hemolíticas e vaso-oclusivas, surgem frequentemente associadas a um *trigger* que deverá ser identificado e abordado paralelamente.

Apresenta-se o caso de um doente de 32 anos, com drepanocitose que se apresenta no Serviço de Urgência

polipneico, icterico, com febre, tosse, toracalgia pleurítica e lombalgia. A destacar Hb 7.2 g/dL, com HbS 88.1%, trombocitose, elevação de parâmetros inflamatórios, de hemólise e de citólise hepática. Adicionalmente, com imagens sugestivas de consolidação pulmonar direita.

Assumido síndrome torácico agudo e pneumonia, sendo internado em enfermaria onde cumpriu exsanguineo-transfusão, oxigenoterapia, analgesia, broncodilatação e antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina durante 7 dias. Os exames culturais foram negativos e por manter febre e artralgias pouco sugestivas de envolvimento puramente vaso-oclusivo, foram equacionados diagnósticos alternativos. Foi identificada serologia positiva para *Borrelia sp.*, com exclusão de outras etiologias como *Legionella*, febre Q, leptospirose e brucelose. Foi ajustada a antibioterapia para doxiciclina tendo completado os 14 dias preconizados, a par da terapêutica base na drepanocitose com hidroxíureia e ácido fólico.

Sendo frequente a ocorrência de crises vaso-oclusivas na drepanocitose estas podem ser precipitadas por infeções sendo fundamental uma história clínica cuidada e que inclua a avaliação do contexto epidemiológico que oriente para a identificação do agente extrínseco como *trigger*, permitindo dirigir o estudo etiológico e o tratamento atempadamente. A rara associação de drepanocitose com DL deve ser considerada no diagnóstico diferencial quando existe suspeita clínica.

CO 51

LINFOMA PRIMÁRIO DAS SEROSAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM DOENTE COM INFEÇÃO POR VIH-2

Sara Alves Morais; Vera Lúcia Ferreira Luís; Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: O Linfoma Primário das Serosas (LPS) é um linfoma de células B raro, agressivo, tipicamente associado ao Herpesvírus Humano 8 (HHV-8) e ao Vírus da imunodeficiência humana 1 (VIH-1). Caracteriza-se por derrames neoplásicos em cavidades serosas, sem massas tumorais detetáveis, mimetizando frequentemente patologias comuns como insuficiência cardíaca (IC) ou cirrose.

Caso clínico: Homem de 80 anos, melanodérmico, com antecedentes de VIH-2 (incumpridor terapêutico), cardiopatia isquémica e hipertensiva, e doença hepática crónica (DHC). Admitido por dispneia, ortopneia e edemas periféricos com uma semana de evolução. Analiticamente: NT-proBNP 1 011 pg/mL, D-Dímeros 30 002 ng/mL, LDH 700 U/L. AngioTC Tórax excluiu tromboembolismo pulmonar, mostrando congestão e atelectasias. Inicialmente internado em entidade privada, abordado como IC descompensada e pneumonia bilateral, manteve persistência de febre, agravamento neurológico e da ascite, sendo transferido para a nossa unidade. Na marcha diagnóstica realizou paracen-

tese que mostrou um líquido citrino com 7 623 polimorfonucleares, sugerindo peritonite bacteriana, mas a citologia revelou células grandes, hipercromáticas, com nucléolos evidentes e a imunofenotipagem foi positiva para CD138, CD45 e HHV-8, com positividade para *Epstein-Barr virus-encoded small RNAs* (EBER), e negativa para CD20 e CD3, confirmando diagnóstico de LPS, com sobreinfecção bacteriana. O doente apresentou rápida deterioração clínica, com evolução desfavorável acabando por falecer sem possibilidade de quimioterapia.

Discussão: O LPS apresenta um prognóstico reservado com elevada taxa de mortalidade. Este caso sublinha a necessidade de elevada suspeição em imunodeprimidos com derrames serosos, ainda que a etiologia seja possivelmente multifatorial. Destaca-se a raridade da associação ao VIH-2 e a importância da citologia e imunofenotipagem do líquido no diagnóstico definitivo. O caso demonstra a agressividade desta entidade e reforça a necessidade de diagnóstico célere para início atempado de terapêutica dirigida.

CO 52

O ENIGMA LEPTOMENÍNGEO: DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSE EM CONTEXTO NEUROLÓGICO ATÍPICO

Adriana Almeida; Sofia Festa; Sara Silva; Sara Gomes; Bernardo Silvério; Tatiana Salazar

Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: A carcinomatose leptomeníngea é uma complicação rara e grave de neoplasias sólidas, com diagnóstico desafiante e prognóstico reservado. Pode manifestar-se por alterações cognitivas, comportamentais ou neurológicas transitórias, muitas vezes sem achados laboratoriais específicos, exigindo elevada suspeição clínica e investigação abrangente.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, autónoma (CFS 2), com antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipidemia e patologia osteoarticular. Inicialmente apresentou-se com episódios súbitos de confusão e alteração comportamental, motivo pelo qual foi internada no Serviço de Medicina Interna para estudo. Realizou punção lombar que mostrou pleocitose com predomínio de PMN e proteinorráquia, sem evidência de infeção. À admissão iniciou tratamento empírico com aciclovir, ceftriaxone e ampicilina, suspensos após exclusão de infeção. Efetuado também estudo com RM cerebral e EEG, sem alterações que justificassem o quadro. Estudo Auto-imune também negativo. Teve alta orientada para CE de Neurologia para vigilância e continuação do estudo. Após 1 mês, apresentou dor no ombro direito e novo episódio de desorientação, recuperando espontaneamente em menos de 6 horas. Voltou a realizar PL: pleocitose, predomínio de mononucleares, consumo de glicose e proteinorráquia; anticorpos negativos; citologia negativa para células malignas. Em colabora-

ção com a Neurologia, decidido realização RM cerebral com contraste que evidenciou hipersinal em FLAIR nos sulcos corticais e cerebelares, com realce leptomeníngeo, compatível com disseminação leptomeníngea. Excluída também polineuropatia através da realização de EMG. A avaliação multidisciplinar confirmou carcinomatose leptomeníngea secundária a neoplasia mamária. Foi iniciado tratamento paliativo, evoluindo para óbito três meses após diagnóstico.

Conclusão: Este caso evidencia a complexidade diagnóstica da carcinomatose leptomeníngea, incluindo episódios neurológicos transitórios, citologia negativa e necessidade de RM com gadolínio para confirmação. Destaca-se a importância de avaliação multidisciplinar em casos neurológicos atípicos, a relevância da investigação radiológica avançada e a necessidade de considerar esta entidade em doentes com alterações cognitivas agudas sem causa aparente.

CO 53

ALÉM DA EXACERBAÇÃO: LINFOMA ESPLÊNICO DA ZONA MARGINAL EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Ana Catarina Ribeiro Amaral; João Leal Santos; Patrícia Varanda Dias; Daniela Capela Pereira; Jorge Vaz Lourenço

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença imunomediada sistêmica associada a maior incidência de doenças linfoproliferativas. Porém, a sua coexistência com linfoma esplênico da zona marginal (SMZL), um linfoma B indolente raro, é particularmente incomum e pode mimetizar um flare lúpico, atrasando o diagnóstico.

Mulher, 62 anos, antecedentes de LES (atingimento articular e hematológico – anemia e trombocitopenia) e síndrome de Sjögren secundário (em remissão sob hidroxicloroquina), foi internada por presumida infecção das vias aéreas inferiores sem agente isolado (tosse produtiva e infiltrado intersticial bibasal na radiografia torácica), associada a poliartralgias sem artrite, sudorese noturna e confusão subjacente. Analiticamente, com agudização da bicitopenia crônica, sem critérios de hemólise, e curva inflamatória de novo. Manteve febre e agravamento hematológico, apesar de antibióterapia com ceftriaxone e azitromicina, sem isolamento microbiológico nem reativação dos biomarcadores da sua doença autoimune. Progrediu estudo imagiológico por TC que revelou esplenomegalia de novo, com serosite pleural e peritoneal. Eletroforese e imunofixação confirmaram gamapatia monoclonal (cadeia leve livre Kappa). Face à suspeita de doença linfoproliferativa, realizou biópsia medular, confirmando SMZL. Iniciou prednisolona 40 mg oral, com melhoria clínica e analítica, orientada para consulta. Sete meses após o diagnóstico, mantinha redução da esplenomegalia e

controlo sintomático, em vigilância ativa.

O caso ilustra a forte relação entre disfunção de mecanismos imunomediados e coexistência de doença autoimune e linfoproliferativa, cuja distinção exige correlação clínica, analítica e imagiológica. A biópsia medular é suficiente para diagnóstico de SMZL, evitando outros procedimentos invasivos, nomeadamente a nível esplênico. Em doentes assintomáticos ou com boa resposta clínica, privilegia-se a vigilância ativa, reservando rituximab para doença sintomática ou progressiva.

CO 54

ADENOPATIAS GENERALIZADAS E FEBRE: DIAGNÓSTICO DE LINFOMA T APÓS BIÓPSIA GANGLIONAR

Ana Cordeiro Gomes; Catarina Elias; Jorge Almeida;

Ana Oliveira Monteiro

Hospital São João Epe

As adenopatias persistentes constituem um motivo frequente de referenciação à Medicina Interna, podendo corresponder a etiologias infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas. A presença de adenopatias generalizadas associadas a sintomas constitucionais deve levantar suspeita de doença linfoproliferativa, sendo a biópsia ganglionar fundamental para o diagnóstico.

Homem de 45 anos avaliado em janeiro de 2025 em consulta de Medicina Interna por múltiplas adenopatias inguinais não dolorosas, progressivamente aumentadas ao longo de cerca de 10 meses, associadas a astenia. Foi realizada biópsia ganglionar, cujo resultado foi inconclusivo, mantendo-se vigilância clínica. Em novembro do mesmo ano foi internado no Serviço de Medicina por quadro com cerca de 20 dias de evolução de febre (38-39°C), sem padrão definido e com cedência ao paracetamol, agravamento da astenia com impacto nas atividades de vida diária, anorexia e episódios frequentes de sudorese noturna. Ao exame Objetivo destacava-se a presença de adenopatias palpáveis em múltiplos territórios ganglionares, nomeadamente cervicais, axilares e inguinais, com volumosos conglomerados ganglionares nas regiões inguinais. Perante a progressão clínica e suspeita de doença linfoproliferativa, foi repetida biópsia ganglionar, cujo exame histológico foi compatível com linfoma T. Após confirmação diagnóstica, o doente foi transferido para os cuidados da Hematologia para estadiamento e início de terapêutica dirigida.

Os linfomas T periféricos constituem um grupo heterogêneo e relativamente raro de neoplasias hematológicas, frequentemente associados a apresentação sistêmica e evolução agressiva. O diagnóstico pode ser desafiante, sendo por vezes necessária repetição de biópsias ganglionares quando os resultados iniciais são inconclusivos. Este caso destaca a importância da reavaliação diagnóstica perante a progressão clínica e o aparecimento de sintomas B. A presença de

adenopatias persistentes associadas a sintomas constitucionais deve motivar investigação aprofundada e, quando necessário, repetição de biópsia ganglionar. O reconhecimento precoce de doença linfoproliferativa é fundamental para orientação terapêutica atempada.

CO 55

TROMBOCITOPENIA: ANTES DE CULPAR A MEDULA

Marta Amaro; Baltazar Oliveira; Mariana Da Silva Alves;
Natalya Nedzelska
ULSMT

Introdução: A trombocitopenia isolada é um achado frequente e constitui um desafio diagnóstico, exigindo abordagem sistemática e de exclusão. A trombocitopenia imune primária (PTI) permanece um diagnóstico de exclusão, devendo ser consideradas causas secundárias potencialmente reversíveis. A infecção por *Helicobacter pylori* tem sido associada à PTI em subgrupos de doentes, estando descrito um mecanismo autoimune mediado por mimetismo molecular entre epítopos bacterianos e antígenos plaquetários.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, referenciada por trombocitopenia moderada a grave. Sem história hemorrágica ou sintomas constitucionais. O exame Objetivo era inocente, sem sinais cutâneo-mucosos ou organomegalias. O estudo revelou trombocitopenia isolada, esfregaço periférico sem alterações relevantes, provas hepáticas normais, ausência de défices vitamínicos e ecografia abdominal sem alterações. A pesquisa fecal de *Helicobacter pylori* foi positiva. Após terapêutica de erradicação, com confirmação de sucesso, verificou-se recuperação progressiva e sustentada da contagem plaquetária, com normalização nos meses seguintes e correção da ferropenia, mantendo-se a doente assintomática.

Discussão: O caso é compatível com PTI associada a *H. pylori*, evidenciada pela normalização sustentada das plaquetas após erradicação. Estudos sugerem que anticorpos dirigidos contra antígenos bacterianos podem reagir de forma cruzada com glicoproteínas plaquetárias, promovendo a sua destruição periférica. A evidência demonstra benefício variável do rastreio sistemático; consensos internacionais reconhecem a erradicação como estratégia relevante em doentes infectados, apesar de não recomendarem rastreio universal. Em doentes com PTI sem causa identificável, a pesquisa de *H. pylori* constitui abordagem simples, segura e potencialmente modificadora do curso da doença.

CO 56

O PERCURSO MULTIDISCIPLINAR DE UM DOENTE COM NEOPLASIA RARA

Cláudia Alexandra Ribeiro¹; Mónica Ferro Silva¹;
José Nuno Braz¹; Daniela Baptista²; Cátia Albino¹;
Henrique Rita¹

¹Unidade Local de Saúde do Litoral alentejano, EPE; ²Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

O rabdomiossarcoma alveolar pancreático é um tumor maligno raro, originado em células esqueléticas, localizado na região cefálica do pâncreas. O subtipo alveolar está associado a translocações genéticas específicas, que têm implicações prognósticas e terapêuticas. Este tumor é mais comum em crianças, mas pode ocorrer em adultos.¹

Doente do género masculino, 49 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por epigastralgia com um mês de evolução, associada a icterícia. Apresentava hiperbilirrubinémia total de 4,90 mg/dL e direta de 2,78 mg/dL. A TC abdominopélvica evidenciou tumefação da cabeça do pâncreas, adenopatias peri-pancreáticas e dilatação das vias biliares. O paciente foi internado com a Cirurgia Geral, tendo realizado CPRM e CPRE e colocado prótese biliar. A TC toracoabdominopélvica não revelou outras lesões. Fez ecoendoscopia para biópsia da lesão. A anatomia patológica mostrou células neoplásicas, com expressão de sinaptofisina e SOX11, não sendo possível diferenciar entre neoplasia neuroendócrina ou sólida pseudopapilar. O doente foi encaminhado ao IPO para revisão das lâminas, bem como definição terapêutica. Em ambulatório, o doente apresentou ascite. Recorreu à Unidade de Medicina do Ambulatório onde realizou paracentese, cujo líquido sugeriu peritonite bacteriana espontânea. O doente foi internado no Serviço de Medicina Interna e cumpriu ceftriaxone, com evolução desfavorável e necessidade de escalada para piperacilina/tazobactam. Durante o internamento, manteve-se discussão multidisciplinar com o IPO. A revisão histopatológica final revelou neoplasia compatível com sarcoma com diferenciação miogénica, estabelecendo o diagnóstico definitivo de rabdomiossarcoma alveolar. Após estabilidade, doente teve alta, com seguimento no IPO e definição de estratégia paliativa.

Este caso evidencia a complexidade diagnóstica de determinados tumores, a importância da correlação clínico-radiológica e histopatológica e reforça a necessidade de abordagem multidisciplinar envolvendo Cirurgia, Medicina Interna e Oncologia para definição terapêutica e gestão de complicações em tumores raros e agressivos.

1. Yasuda T, Perry KD, Nelson M, Bui MM, Nasir A, Goldschmidt R, Gnepp DR, Bridge JA. Alveolar rhabdomyosarcoma of the head and neck region in older adults. Hum Pathol. 2009 Mar

CO 57**HIPOGAMAGLOBULINÉMIA E LESÕES OSTEOLÍTICAS: UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO NÃO SECRETOR**

Teresa Afra Rosa; Ana David Do Carmo;
Margarida L. Nascimento; José Carda; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

O mieloma múltiplo (MM) não secretor é uma variante rara do MM, caracterizada pela ausência de detecção de proteína monoclonal no soro e na urina, representando cerca de 3% dos casos.

Mulher de 65 anos, com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico com nefrite lúpica em remissão desde 2017, tendo realizado tratamento com rituximab, recorre ao serviço de urgência referenciada pelo médico assistente por anemia macrocítica (Hb 6,9 g/dL, VGM 113 fL), trombocitopenia (80.000/uL) e lesões osteolíticas cranianas. Na anamnese, a destacar omalgia esquerda e dor na anca direita com impotência funcional. Negou febre, anorexia, perda ponderal ou sudorese noturna. Da investigação etiológica, destaca-se: anemia hemolítica não-imune (haptoglobina consumida 10 mg/dL, LDH 381 U/L, Coombs direto e indireto negativos); esfregaço de sangue periférico com macrocitose, anisopoiquilocitose moderada e eritrócitos em gota; hipogamaglobulinémia; proteinograma eletroforético sem pico monoclonal, imunofixação sérica e urinária negativas; cadeias leves livres kappa/lambda e ratio normais; beta-2 microglobulina aumentada. Realizou TC tóraco-abdómino-pélvica que revelou lesões osteolíticas em ambos os ossos ilíacos e esqueleto axial. Realizada biópsia medular onde se identificaram 47% de plasmócitos de fenótipo aberrante (clonalidade Kappa, ausência de expressão de CD19 e expressão muito fraca a negativa de CD45). Admitido MM não secretor e a doente iniciou tratamento com daratumumab, bortezomib e dexametasona (planeada introdução de lenalidomida após avaliação cardíaca). Teve alta após controlo algico com terapêutica opióide, mantendo seguimento em consulta ambulatória de Hematologia.

Este caso ilustra a complexidade e dificuldade diagnóstica, uma vez que a ausência de marcadores séricos ou urinários clássicos pode atrasar o reconhecimento da doença.

CO 58**SÍNDROME HEMOLÍTICA-URÉMICA ATÍPICA NO PÓS-OPERATÓRIO: QUANDO A SÉPSIS NÃO É A RESPOSTA**

Diana Ferreira Lopes; Juliana Andrade; Fábio Alves;
Francisco Pinheiro; Francisco Matos; Maria João Vilela;
Rita Matos; Sara Marques; Gonçalo Alcobia Santos;
Ana Mendes Costa; Catarina Araújo; Cristina Ângela;
Paula Ferreira; Alexandre Carvalho; André Santa Cruz
Hospital de Braga

Introdução: A síndrome hemolítica-urémica atípica (SHUa) é uma microangiopatia trombótica (MAT) rara, mediada por ativação desregulada da via alternativa do complemento, precipitada por fatores desencadeantes em indivíduos geneticamente predispostos. O diagnóstico precoce é determinante para um melhor prognóstico destes doentes.

Caso clínico: Uma mulher de 75 anos, com antecedentes de hipotireoidismo e síndrome depressivo, foi submetida a artroplastia eletiva do joelho direito, devido a gonartrose. No segundo dia pós-operatório desenvolveu mioclonias, lentificação psicomotora, anúria e hipotensão (90/40 mmHg), sem febre. Analiticamente apresentava anemia hemolítica (Hb 6,2 g/dL; LDH >3000 U/L; haptoglobina consumida; reticulócitos 3,5%), trombocitopenia grave ($22 \times 10^9/L$) e lesão renal aguda (creatinina 5,3 mg/dL; basal 0,9 mg/dL), sem alterações da coagulação. Apesar da ausência de foco infeccioso, tinha elevação dos marcadores inflamatórios (proteína C reativa 308,44 mg/L; procalcitonina 233,62 ng/mL). O exame sumário de urina revelou leucoproteínúria discreta, com urocultura e hemoculturas negativas. A tomografia computadorizada cerebral e toraco-abdómino-pélvica não revelou alterações; contudo, a ressonância magnética cerebral demonstrou múltiplas lesões isquémicas recentes compatíveis com MAT. Iniciou hemodiálise e plasmaferese (PLASMIC score 6), com progressão do estudo etiológico. A atividade de ADAMTS13 foi de 32% e o estudo do complemento revelou consumo de C3 e CH50, com diminuição do fator I. Ao 6.º dia de internamento iniciou eculizumab, com resolução da hemólise, normalização sustentada da contagem plaquetária e recuperação do débito urinário, apesar da dependência de hemodiálise. Posteriormente, o estudo genético identificou uma variante heterozigótica no gene do fator B do complemento, associada a SHUa, sustentando o diagnóstico. Teve alta ao 36.º dia, sob eculizumab, orientada para consulta externa.

Discussão: Este caso evidencia que a ativação inflamatória sistémica associada à MAT pode mimetizar sépsis, com potencial atraso no diagnóstico, reforçando a necessidade de uma abordagem diferencial célere. Mostra ainda que o bloqueio precoce de C5 permite um controlo hematológico eficaz; contudo, a recuperação renal pode ser limitada em apresentações graves.

CO 59

SÍNDROME TORÁCICA AGUDA: UMA EMERGÊNCIA NA ANEMIA FALCIFORME

Mariana Pedrosa; Marisa Cancela; Paulo Almeida; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia hereditária causada por mutação da β -globina, caracterizada por hemólise crônica, fenómenos vaso-oclusivos e comprometimento multissistêmico.

Caso clínico: Mulher, 49 anos, natural de Angola. História de anemia falciforme, medicada com hidroxiureia e ácido fólico. Recorreu ao serviço de urgência por dor retroesternal súbita, dispneia e lipotimia. Nos dias prévios referia tosse seca, sem febre. Analiticamente a destacar agravamento de anemia macrocítica (Hb 7.7 g/dL; MCV 112 fL), elevação da troponina-I (116 ng/L) e dos D-dímeros (2.04 μ g/ml), sem alteração dos parâmetros inflamatórios. Gasometria arterial com insuficiência respiratória tipo 1 (rácio pO_2/FiO_2 243). Angiotomografia computadorizada torácica excluiu tromboembolismo pulmonar e evidenciou áreas de consolidação e vidro despolido nos lobos superiores e bases pulmonares, a sugerir edema e processo inflamatório. Ecocardiograma transtorácico com função bi-ventricular conservada, dilatação biauricular, sinais de hipertensão pulmonar e dilatação da veia cava inferior com variabilidade <50%. Considerando o diagnóstico de síndrome torácica aguda despoletado por pneumonia adquirida na comunidade, foi medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Foi internada em Unidade de Cuidados Intermédios Médicos, tendo realizado analgesia e exsanguíneo-transfusão de concentrado eritrocitário, com redução da hemoglobina S de 53% para 29%, com consequente melhoria clínica e analítica.

Conclusão: A síndrome torácica aguda é uma complicação potencialmente fatal da anemia falciforme e geralmente cursa com infiltrados pulmonares de novo associados a sintomas respiratórios. Pode ser precipitada por infeção, embolia gorda, asma, entre outros; contudo, frequentemente a etiologia permanece indeterminada. É uma das principais causas de mortalidade na anemia falciforme, pelo que o diagnóstico precoce e o início de tratamento são essenciais na otimização do prognóstico.

CO 60

ALÉM DA COMPRESSÃO TUMORAL – SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR POR EXTENSA TROMBOSE PARANEOPLÁSICA

Bruno Sequeira Campos¹; António Cardoso Fernandes²; Janine Resende³; Maria Luísa Magalhães³; Margarida Melo Correia³

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia; ³Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é uma emergência oncológica clássica. É provocada por invasão direta do tumor na veia cava superior ou através do crescimento da massa tumoral, de gânglios ou estruturas mediastínicas comprimindo o vaso. Os tumores primários do pulmão e doenças linfoproliferativas são as etiologias mais frequentes.

Homem, 66 anos, ECOG 0, fumador ativo, com antecedentes de abuso de opióides em esquema de metadona e status pós-úlcera duodenal perfurada e colecistectomia 1 ano antes é referenciado à urgência pelo médico assistente por edema facial, pescoço e membros superiores com 1 semana de evolução, sem resposta ao deflazacorte. Quando questionado, admite perda ponderal, sem quantificar, que associou ao procedimento cirúrgico prévio. Negou outras queixas, nomeadamente febre ou sudorese noturna.

Ao exame Objetivo destaca-se polipneia com boas saturações periféricas em ar ambiente, edema da face, mais acentuado na metade inferior e região peri-orbitária bilateralmente, com cianose em ambos os pavilhões auditivos, membros superiores edemaciados com godet e adenopatias palpáveis nas cadeias cervicais, móveis, não dolorosas.

Estudo analítico inespecífico. Ecografia de partes moles do pescoço que revelou extensa trombose da veia jugular interna direita, ambas as veias subclávias e axilares. Tomografia computadorizada com estudo angiográfico complementou trombose do tronco braquiocéfálico esquerdo com extensão aos 2/3 proximais da veia cava superior - SVCS. Na janela de pulmão, identificaram-se várias opacidades nodulares com áreas de cavitação suspeitas e mediastino marcadamente heterogéneo.

Iniciou enoxaparina 1mg/kg 2 vezes por dia. Ficou internado em unidade de cuidados intermédios da medicina com melhoria clínica logo após 48h de *best medical treatment* com resolução do quadro de polipneia e já sem evidente sinal de Pemberton.

Anatomia patológica de gânglio supra-clavicular direito revelou um carcinoma de pequenas células do pulmão. Com este caso, pretendemos lembrar esta emergência oncológica clássica que quando presente é um fator de mau prognóstico, independente da etiologia do primário. Este caso em particular torna-se relevante visto não se tratar de compressão tumoral direta, mas por extensa trombose paraneoplásica.

CO 61**SÍNDROME CONSTITUCIONAL E PÚRPURA: CRIOGLOBULINEMIA TIPO II ASSOCIADA A LINFOMA B**

Ana Cordeiro Gomes; Barbara Passos; Paulo Cabages; Jorge Almeida; Patrícia Lourenço; Ana Oliveira Monteiro
Hospital São João Epe

A crioglobulinemia mista é uma vasculite de pequenos vasos associada à deposição de imunocomplexos, frequentemente relacionada com infecções, doenças autoimunes ou patologias linfoproliferativas. A apresentação clínica é heterogênea e pode incluir púrpura cutânea, sintomas constitucionais e alterações laboratoriais inflamatórias, representando um desafio diagnóstico.

Homem de 77 anos admitido por astenia, anorexia e perda ponderal superior a 10 kg com 3 meses de evolução. Na revisão por sistemas destacava disfagia ocasional, episódios de otite e epistaxis e púrpura em membros inferiores e região nadegueira. Analiticamente apresentava anemia microcítica normocrômica hipoproliferativa (IPR 0,6%), velocidade de sedimentação elevada e flutuação dos marcadores inflamatórios. Foi realizado extenso estudo etiológico. A hipótese infecciosa revelou-se improvável após serologias virais, estudo para infecções bacterianas e micobacterianas, hemoculturas e ecocardiograma sem alterações relevantes. A investigação de neoplasia sólida incluiu TC corporal, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e PET-CT, sem evidência de neoplasia ativa. Perante púrpura de longa data e suspeita de vasculite, foi realizado estudo imunológico, que revelou gamapatia monoclonal IgM kappa, crioglobulinas positivas, consumo de complemento (C4) e fator reumatoide elevado, com negatividade para ANA, ANCA, anti-CCP e ENA. A imunofenotipagem identificou população monoclonal de linfócitos B anómalos. O estudo medular demonstrou infiltração nodular por linfoma B periférico de pequenas células. Estabeleceu-se o diagnóstico de crioglobulinemia tipo II associada a linfoma B, tendo sido iniciada terapêutica com rituximab, ciclofosfamida e dexametasona.

A crioglobulinemia tipo II está frequentemente associada a gamopatias monoclonais e doenças linfoproliferativas. A apresentação inicial como síndrome constitucional com púrpura pode mimetizar múltiplas entidades, exigindo investigação etiológica extensa. Este caso destaca a importância da abordagem multidisciplinar e da investigação sistemática na síndrome constitucional associada a manifestações cutâneas, permitindo identificar uma doença linfoproliferativa subjacente e orientar tratamento específico.

CO 62**LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA PULMONAR**

Carla Costa; Gonçalo Peres; Beatriz Gonzaga; Marta Pinto Almeida; João Leão Lopes; Nina Jancar
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) pode, raramente, constituir manifestação paraneoplásica de neoplasias sólidas. A poliserosite como forma inaugural, sobretudo em idade avançada, deve suscitar suspeita de etiologia secundária. O reconhecimento desta associação é determinante para evitar atraso diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 73 anos, ex-fumador (~45-60 UMA), com antecedentes cardiovasculares relevantes e com anticorpos ANA e anti-dsDNA positivos na avaliação analítica prévia, internado por quadro de poliserosite (derrame pleural e pericárdico volumoso), associado a síndrome constitucional (perda ponderal e anorexia). Analiticamente apresentava anemia microcítica, elevação da velocidade de sedimentação e proteína C-reativa aumentada.

Foram excluídas causas infecciosas (inclusive tuberculose) e descompensação cardíaca. O estudo imunológico revelou novamente anticorpos ANA e anti-dsDNA positivos. Dada a gravidade do quadro iniciou corticoterapia sistémica, assumindo-se como possível LES, com posterior resolução do mesmo.

Por se tratar de quadro atípico para a faixa etária, realizou TC de corpo para pesquisa de eventual doença neoplásica, que mostrou nódulo pulmonar de dimensões reduzidas, apenas com indicação para vigilância. Nós exames torácicos subsequentes verificou-se o crescimento do nódulo, permitindo a realização da biópsia, cujo resultado anatomopatológico confirmou adenocarcinoma pulmonar.

Discussão: O LES de início tardio, particularmente quando se apresenta com poliserosite exuberante e síndrome constitucional, deve motivar exclusão sistemática de neoplasia subjacente, sobretudo em doentes com fatores de risco para carcinoma pulmonar. A resposta incompleta à imunossupressão e a inflamação persistente são sinais de alerta.

Este caso reforça a importância de vigilância clínica longitudinal e reavaliação diagnóstica perante evolução atípica, salientando o papel integrador da Medicina Interna na identificação de síndromes paraneoplásicas.

CO 63**UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL HEMÁTICO: UM CASO CLÍNICO**

Cláudia C. Sousa; Carolina Olim; Catarina Teles Neto; Teresa Faria

Hospital Dr. Nélito Mendonça

Os derrames pleurais surgem quando se acumula líquido no espaço pleural e podem ser classificados como transudado ou exsudado. A etiologia subjacente é altamente

variável desde insuficiência cardíaca (IC), pneumonia, doenças inflamatórias sistêmicas e até neoplasia.

Apresentamos o caso de um homem de 86 anos com antecedentes de fibrilhação auricular e IC com fração de ejeção preservada com internamentos prévios por derrame pleural tipo transudado. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia associada a mínimos esforços e edemas periféricos. No estudo analítico, de ressalvar um NT proBNP 3739pg/mL e ausência de elevação de parâmetros inflamatórios. Na radiografia de tórax apresentava um derrame pleural de grande volume. Decidido internamento por IC agudizada, tendo-se realizado toracocentese com drenagem fa-seada de um total de 5000ml de líquido hemático. A análise do mesmo revelou 48,7g/L de proteínas, LDH >1800U/L e ADA 598,8U/L, confirmando-se exsudado, e havia claro predomínio de células de grandes dimensões, núcleos irregulares, citoplasma basófilo e com contorno citoplasmático irregular. A pesquisa de PCR de *Mycobacterium tuberculosis* foi negativa e a anatomia patológica também foi negativa para pesquisa de bacilococcus e células neoplásicas. Decido pedir citometria de fluxo do líquido pleural que revelou positividade para CD38, CD56 e CD 138, favorecendo o diagnóstico de mieloma múltiplo.

O mieloma múltiplo é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação de plasmócitos e secreção de paraproteínas. Surgem na medula óssea, no entanto, os derrames pleurais podem surgir em até 6% dos doentes. Destes, 0,8% é consequência direta da infiltração de células plasmocitárias. Esta apresentação, além de rara, surge em indivíduos mais idosos e está associada a pior prognóstico, com 3 meses de mediana de sobrevivência. Assim, apesar de raro, é um diagnóstico a ter em consideração em doentes com exsudados pleurais, de forma a iniciar prontamente tratamento e evitar agravamento do prognóstico.

CO 64

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MASSA MEDIASTÍNICA

Ana Filipa Fernandes; Mariana Moura Portugal; Cátia Barra; Joana Duarte; Joana Coelho; Inês Fonseca; Arsénio Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A síndrome da veia cava superior (SVCS) resulta da obstrução do retorno venoso através da veia cava superior, originando congestão venosa da cabeça, pescoço e membros superiores. Mais de 80% dos casos têm etiologia neoplásica, sobretudo de origem pulmonar e mediastínica. O reconhecimento clínico precoce permite uma abordagem diagnóstica dirigida e intervenção terapêutica atempada.

Homem de 53 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de Urgência por edema progressivo

da face, pescoço e membros superiores com três meses de evolução, mais exuberante no período matinal e agravado em decúbito dorsal. Referia cianose labial e dos pavilhões auriculares, bem como dispneia ligeira e desconforto torácico anterior com uma semana de evolução. Ao exame Objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético e com saturação periférica de oxigénio preservada. Observava-se edema eritematoso e firme da face, pescoço, região torácica superior e membros superiores, com sinal de Godet até ao cotovelo e circulação colateral evidente no hemitórax direito. Analiticamente sem alterações relevantes. A tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciou massa mediastínica superior heterogénea com cerca de 7 cm, condicionando compressão do tronco venoso braquiocéfálico e da veia cava superior, associada a adenopatias mediastínicas e derrame pleural direito. A angio-TC confirmou lesão tumoral envolvendo a confluência venosa braquiocéfálica com marcado estreitamento da veia cava superior, compatível com SVCS. Iniciou corticoterapia em alta dose, sendo posteriormente submetido a colocação de stent na veia cava superior por radiologia de intervenção, com melhoria clínica.

A SVCS constitui frequentemente a primeira manifestação de neoplasias torácicas, resultando de compressão extrínseca ou invasão tumoral da veia cava superior. A apresentação clínica típica inclui edema facial e cervical, circulação colateral torácica e agravamento em decúbito. A TC assume um papel central na confirmação diagnóstica e caracterização etiológica. A terapêutica depende da gravidade clínica e da etiologia subjacente; contudo, a colocação endovascular de stent permite frequentemente alívio sintomático rápido e estabilização clínica enquanto se estabelece o diagnóstico definitivo e a estratégia terapêutica dirigida

CO 65

QUANDO A QUIMIOTERAPIA MIMETIZA SÉPSIS: SÍNDROME INFLAMATÓRIA SISTÊMICA AGUDA APÓS CISPLATINA

Pedro Lima Lopes; Sara Henriques; Rita Antunes; Tomás Duarte De Almeida; Margarida Correia; Joana Marinho
ULS Gaia Espinho

Introdução: As reações de hipersensibilidade à cisplatina ocorrem em cerca de 5-20% dos doentes, sendo mais frequentes após múltiplos ciclos de exposição. Podem variar desde manifestações ligeiras (ex: rash cutâneo e febre) até reações graves (anafilaxia ou síndrome de libertação de citocinas (SLC)). Estas últimas podem mimetizar quadros de sépsis, constituindo um desafio diagnóstico em doentes oncológicos sob terapêutica sistémica.

Caso clínico: Mulher, 59 anos, ECOG-PS 0, com hipertensão arterial, dislipidemia e carcinoma do colo do útero estadio IIIC1 (HPV+), em tratamento com quimiorradioterapia com cisplatina semanal 40 mg/m² e

pembrolizumab 200 mg a cada 3 semanas. Cerca de 3 horas após completar o 4º ciclo de cisplatina, iniciou rash maculopapular não pruriginoso envolvendo o tórax, abdômen e dorso, que desaparecia à digitopressão e poupava palmas e mucosas, associado a febre (40,1°C), hipotensão (TA 89/53 mmHg) e taquicardia sinusal (FC=124 bpm). Analiticamente, apresentava anemia (Hb 9,6 g/dL), leucopenia (1.460/μL), trombocitopenia (105.000/uL) e lactatos de 2,7 mmol/L. Perante a suspeita inicial de sépsis, iniciou antibiótica empírica com ceftriaxone, fluidoterapia e corticoterapia com metilprednisolona. Do estudo realizado, destaca-se IL-6 elevada (283 pg/mL), procalcitonina 6,38 ng/mL e triptase 7 μg/L. As culturas microbiológicas foram negativas. Observou-se evolução clínica favorável, com resolução da sintomatologia e alta ao 4º dia, com reavaliação em consulta de Oncologia e Imunoalergologia.

Discussão: Este caso ilustra o desafio diagnóstico na distinção entre reação inflamatória sistêmica não infecciosa e sépsis em doentes oncológicos. A relação temporal com a administração de cisplatina, a elevação marcada da IL-6, a triptase dentro da normalidade, a ausência de foco infeccioso identificado e a rápida resposta à corticoterapia são sugestivas de SLC. O seu reconhecimento precoce é essencial para orientar o tratamento adequado.

CO 66

SÍNDROME CONSTITUCIONAL GRAVE COM CARCINOMATOSE PERITONEAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Nuno Santos; Luís Pereira; Diogo Paula; Adriana Roque; Catarina Canha; Raquel Pina; Ana Rita Ramalho; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome constitucional é um desafio diagnóstico frequente, com amplo espectro etiológico que depende da idade e do contexto clínico-epidemiológico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 30 anos, com antecedentes de obesidade classe III, diabetes tipo 2 e hipertensão, com exposição a amianto, assintomática até 09/2024, quando iniciou perda ponderal não intencional de 22% em três meses, febre vespertina, anorexia, astenia e tosse. Analiticamente Hb 5 g/dL microcítica, leuc 12,7×10⁹/L com neutrofilia, PCR 36 mg/dL e VS 80 mm/h, com PCT negativa. O estudo inicial foi inconclusivo para etiologia infecciosa e inflamatória. A TC toraco-abdomino-pélvica (TAP) e PET-FDG sugeriram tumor mucinoso do apêndice com carcinomatose peritoneal. Realizou laparoscopia exploradora com apendicectomia e biópsia de implantes peritoneais (IP), cuja anatomia patológica (AP) revelou proliferação mesotelial atípica sem evidência de neoplasia. Manteve dependência transfusional (15 UCE) e repetiu TC-TAP

e PET-FDG, com a hipótese de doença linfoproliferativa. Realizada nova laparoscopia para biópsia dos IP com achados semelhantes na AP. Em 10/2025 novo agravamento clínico com perda ponderal total de 48%, surgimento de adenopatias periféricas, dispneia e ortopneia. Identificou-se quilotórax, com necessidade de várias toracocenteses evacuadoras (12 L) e drenagem de ascite quilosa por pig-tail (26 L). A tuberculose foi excluída na cultura e AP das várias amostras obtidas e, perante suspeita de doença inflamatória sistêmica, iniciou pulsos de metilprednisolona com estabilização clínica. Nesta fase a doença de Castleman multicêntrica idiopática (iMCD) (carga viral Herpes 8 negativa) e o mesotelioma tornaram-se as principais hipóteses. A revisão da AP por centro de referência confirmou iMCD, iniciou-se siltuximab, e houve evolução favorável.

Discussão: A iMCD é uma doença linfoproliferativa rara (~5-6 casos/milhão/ano) cuja clínica heterogênea atrasa frequentemente o diagnóstico. Este caso reforça a importância da integração clínica, imagiológica e histopatológica no estudo de síndromes constitucionais prolongados, bem como da referenciação para centros especializados perante forte suspeita clínica. O reconhecimento precoce permite tratamento dirigido à IL-6, com impacto prognóstico.

CO 67

UNIDADES DE TRATAMENTO AMBULATORIO: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUZIR OS REINTERNAMENTOS HOSPITALARES

Raquel Barreira; Francisca Carmo; Filipa Duarte Ribeiro; Carina Silva

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho

Introdução: As Unidades de Tratamento Ambulatório (UTA) têm por Objetivo melhorar a prestação de cuidados a doentes agudos e crónicos agudizados. Permite, entre outras valências, a reavaliação precoce pós internamento de doentes com elevado potencial de descompensação ou previsível necessidade de ajuste terapêutico precoce.

Objetivos: Estudo observacional retrospectivo com Objetivo de analisar as consultas de reavaliação pós internamento realizadas numa UTA de Medicina Interna em 2025 e comparar a taxa de reinternamento destes doentes face aos doentes sem reavaliação precoce, recorrendo ao teste de X2.

Resultados: Em 2025 foram registadas 164 reavaliações pós internamento, das quais 75 a mulheres; idade média 72 anos [19-98]. Provinham 74% do serviço de Medicina Interna (SMI), 9% da Unidade de Hospitalização Domiciliária, 6% da Unidade de Curta Duração do Serviço de Urgência e os restantes de outras Unidades/Serviços de Internamento. Para além da reavaliação clínica foi solicitada realização de tratamento em hospital de dia em 3% e continuação de investigação diagnóstica em 10%. Os principais moti-

vos do internamento prévio foram quadros infecciosos (34%), insuficiência cardíaca descompensada (28%) e alterações iónicas (8%). Registaram-se uma média de 2 consultas/doente [1-11] e 8 reinternamentos a 30 dias (4,8%). Os reinternamentos foram motivados por insuficiência cardíaca descompensada (5), pneumonia (2) e cetoacidose diabética (1). A taxa global de reinternamento no SMI no mesmo período foi de 8,6% (para um total de 4028 doentes admitidos) e os reinternamentos foram motivados sobretudo por quadros infecciosos (33%) e insuficiência cardíaca descompensada (22%). Sem diferenças significativas no que confere ao sexo e idade de ambos grupos, verificando-se contudo que os doentes reavaliados nesta UTA eram menos dependentes (*mRankin* mediano de 2 vs 3 no grupo sem reavaliação precoce).

Conclusões: Verifica-se uma relação direta entre reavaliação precoce na UTA e menor taxa de readmissão hospitalar, contudo a pequena dimensão da amostra pode ter levado à não obtenção de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p\ 0,07$). Da prática clínica diária conseguimos afirmar a utilidade deste modelo assistencial que permite, não só encurtar o tempo de internamento, como, no pós alta, minimizar o recurso ao Serviço de Urgência e a readmissão hospitalar.

CO 68

TRÊS ANOS DE CONSULTORIA E RESPONSABILIDADE PARTILHADA DA MEDICINA INTERNA

Sofia Ramos; Adriana Watts Soares; Diogo Faustino; Margarida Sá Pereira

ULS São José, Medicina Interna

Introdução: A consultoria de medicina interna em enfermarias cirúrgicas tem um papel essencial na otimização da gestão de comorbilidades, intercorrências, investigação de patologias subjacentes e prevenção de complicações médicas, particularmente na população progressivamente mais envelhecida e com elevada carga de doença crónica.

A Equipa de Consultoria e Responsabilidade Partilhada (ECoRP), é constituída por médicos internistas que asseguram apoio às enfermarias maioritariamente cirúrgicas de um hospital terciário. Através de um modelo de co-gestão, a ECoRP proporciona consultoria aos doentes admitidos em enfermarias de Traumatologia Ortopédica, Coluna, Neurocirurgia, Urologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilofacial, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Oftalmologia e Neurologia, abrangendo no total 137 camas de internamento, mais tarde alargadas a 162.

Pretende-se apresentar a casuística dos doentes observados por esta equipa, e refletir acerca da importância da medicina interna integrada nas enfermarias cirúrgicas.

Material e métodos: Foram colhidos os dados referentes à atividade da ECoRP no decorrer de 3 anos, desde

janeiro de 2023 até dezembro de 2025; nomeadamente o número de doentes e episódios contabilizados, bem como o motivo de observação e/ou seguimento; obtidos através da plataforma SONHO® ou da base de dados própria da equipa.

Resultados: Nos anos de 2023 a 2025, a ECoRP observou mais de 1000 dos doentes dos internados nas enfermarias supramencionadas por ano, correspondendo a cerca de 12% do total; com em média cerca de 3 observações por doente e 5 novos doentes por dia. O departamento com mais doentes observados foi o de Traumatologia Ortopédica, seguido de Urologia, Neurocirurgia e Coluna. Os principais motivos foram a gestão de comorbilidades/fragilidade e a de infeção/antibióticos, duas temáticas que são do domínio da medicina interna e cuja aplicação nos doentes cirúrgicos é determinante para garantir os cuidados adequados.

Conclusões: A análise descritiva dos dados apresentados, embora favoráveis à atividade da ECoRP, não espelha todos os benefícios que a equipa e o seu projeto inovador proporcionam, tanto para os doentes como para os diferentes departamentos clínicos, ao promoverem maior qualidade, segurança e integração dos cuidados prestados. Evidencia, contudo, a elevada procura e relevância da sua intervenção nas enfermarias cirúrgicas, e reforça a importância da existência de equipas dedicadas que assegurem continuidade e coerência na abordagem terapêutica.

CO 69

IMPACT OF ORTHOGERIATRIC CARE: PRESCRIPTION PATTERNS IN HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS

Sofia Mendes Piteira¹; Mariana Alves²; Hugo Ferreira²; Filipa Fialho Reis²; Catarina Oliveira Bento²

¹Estudante; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introduction: The escalating prevalence of proximal femoral fractures (PFF) in the geriatric population constitutes a growing burden on healthcare systems, necessitating orthogeriatric co-management models designed to optimise clinical care and prescribing practices. The establishment of the Orthogeriatric Unit at ULSSM in May 2023 presents a critical opportunity to evaluate its pharmacotherapeutic impact. The objective of this study was to evaluate the impact of an orthogeriatric unit in-hospital prescribing patterns of these patients.

Methods: A retrospective, observational, longitudinal study was conducted, comprising patients aged ≥ 65 years admitted with PFF between December 2022 and November 2024. Pharmacological data were extracted from Clinical Pharmacy databases, electronic health records, and laboratory systems. Data extracted included demographics, length of stay, surgical timing, complications, and home medication. Concurrently, in-hospital prescribing patterns were analysed across key domains: analgesia, anaemia, bowel regulation,

antimicrobial stewardship, osteoporosis, and delirium. Two cohorts—pre-implementation (2022–2023) and post-implementation (2023–2024)—were compared utilising descriptive statistics and chi-squared and t-tests ($p < 0.05$).

Results: The study included 872 patients. The implementation of the orthogeriatric unit led to a significant increase in the prescription of laxatives, specifically lactulose (8.1% vs. 74.5%, $p < 0.001$) and oral bisacodyl (2.7% vs. 48.9%, $p < 0.001$). Haematopoietic therapy also saw a significant rise, including folic acid (6.8% vs. 22.0%, $p < 0.001$) and ferric carboxymaltose (1.4% vs. 20.6%, $p < 0.001$). Regarding secondary fracture prevention, there was a marked increase in the use of calcium (2.7% vs. 51.5%, $p < 0.001$), vitamin D (2.5% vs. 56.7%, $p < 0.001$), and zoledronic acid (1.4% vs. 12.7%, $p < 0.001$). In contrast, the use of intramuscular haloperidol for delirium management decreased significantly (21.7% vs. 10.9%, $p < 0.001$). Analgesia patterns shifted toward increased oral paracetamol (9.0% vs. 21.9%, $p < 0.001$), while opioid use remained stable. Hospital mortality decreased significantly under the co-managed model (7.7% vs. 2.9%, $p = 0.005$).

Conclusion: The orthogeriatric approach successfully streamlined both clinical monitoring, pharmacological management and patient survival. This study quantifies the positive impact of co-management, providing robust evidence for the implementation of safer, proactive therapeutic protocols in hip fracture care.

CO 70

COMPLICAÇÕES TROMBÓTICAS EM DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO DE INSERÇÃO PERIFÉRICA

Ana Maria Teodoro; Inês Domingues; Andrea Duarte; Ivis Arias Guevara; Elena Pirtac; Tiago Judas
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: O uso de dispositivos de acesso venoso (DAV) de inserção periférica, como o *Midline* e o cateter central de inserção periférica (PICC), é fundamental na prática clínica atual para administração de terapêutica endovenosa de uso hospitalar. Contudo, a trombose relacionada ao dispositivo (TRD) permanece uma complicação significativa, com incidências dependentes da população e dispositivo. O Objetivo deste estudo foi analisar os eventos trombóticos associados a DAV, identificando fatores de risco clínicos e laboratoriais, bem como as estratégias terapêuticas adotadas.

Material e métodos: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo baseado na análise dos dados clínicos de doentes submetidos à colocação de DAV entre outubro de 2023 e dezembro de 2025, no âmbito da atividade da equipa multidisciplinar de acessos venosos. Foram recolhidos dados demográficos, grau de autonomia, parâmetros laboratoriais, fatores de risco clínicos, características do dispositivo, fármacos administrados, tempo de permanência endovascular, méto-

do de diagnóstico do trombo e tratamento.

Resultados: A amostra analisada incluiu doentes entre os 19 e 91 anos, num total de 1070. Verificaram-se 13 complicações trombóticas venosas, correspondendo a uma taxa 1,02%. A maioria destas ocorreram com cateteres *Midline* ($n=10$). Como fatores de risco clínicos destacaram-se o tabagismo, história prévia de tromboembolismo venoso e utilização prévia de fármacos com potencial trombótico. O tempo de permanência endovascular até ao evento variou entre 3 e 179 dias, com média de 24,6 dias e mediana de 12 dias. Verificou-se que a maioria dos fármacos administrados tinham características irritantes, maioritariamente antibióterápia. Clinicamente, a maioria dos casos foi sintomática e o diagnóstico foi feito por ecografia com doppler. O tratamento padrão foi a anticoagulação com heparina de baixo peso molecular, com transição para anticoagulantes orais diretos, com duração variável. Registou-se uma complicação hemorrágica sob terapêutica anticoagulante.

Conclusões: Verificou-se uma baixa incidência de complicações trombóticas associadas a DAV, o que corrobora a segurança associada à utilização destes dispositivos na prática clínica. Os resultados demonstram que a TRD é influenciada por fatores do doente e do dispositivo, com destaque para fármacos pró-trombóticos e estados de hipercoagulabilidade. Apesar da baixa taxa de complicações, verificou-se uma incidência importante de tromboes de cateteres *midline* associadas a administração de fármacos de características irritantes, o que enfatiza a imperiosidade de adequar a escolha do DAV ao fármaco a administrar. Verificou-se uma baixa taxa de complicações associadas à trombose venosa e uma boa resposta à terapêutica anticoagulante escolhida. Contudo, continua por definir a duração ideal da anticoagulação na TRD,

CO 71

IMPACTO DO SPICT NA IDENTIFICAÇÃO E REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM MEDICINA INTERNA

Fábio Salgueiro¹; Ruben Salgueiro²; Daniela Nascimento Silva²
¹IPO Coimbra; ²ULS da Guarda, EPE - Hospital Dr. Sousa Martins

Introdução: A identificação precoce de doentes com necessidades de cuidados paliativos continua a ser um desafio na prática clínica. O Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) foi desenvolvido como instrumento de rastreio para reconhecer doentes com doença avançada e elevado risco de deterioração clínica. O Objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre a positividade do SPICT, a referenciação para cuidados paliativos e os desfechos clínicos a 90 dias numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo coorte observacional retrospectivo realizado num serviço de Medicina Interna, que incluiu doentes internados entre 1 e 30 de novem-

bro de 2025, com seguimento de 90 dias após admissão no internamento. Foram analisados 103 episódios clínicos com recolha de dados demográficos, clínicos e critérios SPICT. As variáveis contínuas foram descritas por mediana e intervalo interquartil e comparadas com teste de Mann-Whitney e as variáveis categóricas foram analisadas com teste exato de Fisher. Foram calculados odds ratios (OR) com intervalos de confiança de 95% e realizados modelos logísticos exploratórios ajustados para idade.

Resultados: A idade mediana foi de 81 anos [70-90], sendo 58,3% mulheres. Os diagnósticos mais frequentes foram pneumonia (31,1%) e insuficiência cardíaca congestiva (20,4%). O SPICT foi positivo em 42,7% dos doentes, porém apenas 16,5% foram referenciados para cuidados paliativos. A mortalidade a 90 dias foi de 20,4%. Comparativamente aos doentes SPICT negativos, os doentes SPICT positivos apresentaram maior dependência funcional (Katz 0 [0-1] vs 5 [2-6]; $p < 0,05$), maior probabilidade de referência para cuidados paliativos (31,8% vs 5,1%; OR 8,71; IC95% 2,32-32,72; $p < 0,05$) e maior mortalidade a 90 dias (38,6% vs 6,8%; OR 8,66; IC95% 2,65-28,25; $p < 0,05$). Entre os doentes SPICT positivos, 68,2% não foram referenciados para cuidados paliativos, apresentando mortalidade a 90 dias de 26,7%. Em análise multivariável ajustada para idade, a positividade do SPICT manteve associação independente com mortalidade a 90 dias (OR 8,83; IC95% 2,63-29,68; $p < 0,05$) e com referência para cuidados paliativos (OR 8,73; IC95% 2,32-32,84; $p < 0,05$).

Conclusões: O SPICT identificou um subgrupo de doentes internados com risco significativamente mais elevado de mortalidade a 90 dias. Apesar disso, a taxa de referência para cuidados paliativos foi substancialmente inferior à proporção de doentes com SPICT positivo, sugerindo uma lacuna na integração precoce de cuidados paliativos. A utilização sistemática do SPICT poderá contribuir para melhorar a identificação e referência atempada destes doentes.

CO 72

ESTÁGIO DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISE PROSPETIVA DO IMPACTO ORGANIZACIONAL E PEDAGÓGICO

Maria Santos Fialho; Maria Santos Fialho;
Maria De Belém Coelho; Lumira Marques; Miguel Teixeira;
Margarida Jacinto; Luísa Rebocho; Diogo Dias
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Introdução: O internato de formação geral (IFG) inclui um estágio obrigatório de quatro meses de Medicina Interna (MI), constituindo um pilar fundamental na formação médica pós-graduada. A qualidade desta experiência pode influenciar de forma determinante a aquisição de competências clínicas e a futura escolha da especialidade. Desde 2020 que são aplicados inquê-

ritos de avaliação aos internos de IFG, com o Objetivo de analisar a perceção do estágio e identificar oportunidades de melhoria. O presente estudo pretende demonstrar que a reorganização estrutural do serviço e a valorização sistemática do feedback dos internos se associam a melhorias significativas na experiência formativa e ao aumento da atratividade da especialidade.

Material e métodos: Realizou-se um estudo prospetivo observacional, baseado na aplicação de questionários com escalas de Likert aos internos de IFG no final do estágio de MI. Foram avaliados domínios como a integração no serviço, o ambiente formativo, o apoio na prática clínica, a componente pedagógica, a transmissão de feedback e a satisfação global com o estágio.

Resultados: Entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021 obtiveram-se 24 respostas (48 internos elegíveis), enquanto no período de janeiro de 2024 e dezembro de 2025 foram obtidas 21 respostas (31 internos elegíveis). Comparativamente ao período 2020–2021, observou-se em 2024–2025 uma melhoria significativa na maioria dos domínios avaliados. Destacou-se uma integração inicial mais estruturada, com maior percentagem de internos formalmente apresentados à equipa e esclarecidos quanto ao funcionamento do serviço. No domínio do apoio e integração, 100% dos internos em 2024–2025 referiram sentir-se totalmente ou muito integrados na equipa médica, bem como adequadamente apoiados na prática clínica. As diferenças mais expressivas verificaram-se na vertente pedagógica, com aumento substancial da frequência de momentos formativos estruturados e participação universal dos internos em sessões clínicas em 2024–2025. A perceção de aquisição de conhecimentos manteve-se elevada em ambos os períodos. Verificou-se ainda uma melhoria clara na transmissão de feedback individualizado e um aumento da classificação global atribuída ao estágio (18,3/20 vs. 16,2/20).

Conclusões: O reforço da componente pedagógica, nomeadamente através da implementação de sessões clínicas estruturadas como o “ABC da Medicina”, aliado à valorização do feedback dos internos e à promoção de um ambiente formativo acolhedor, traduziu-se numa melhoria significativa da experiência de estágio em MI. Como reflexo desta evolução organizacional, e apesar do contexto assistencial exigente da especialidade, o serviço registou um aumento sustentado da atratividade, com preenchimento total das vagas de formação específica em 2025.

CO 73

NÍVEIS PLASMÁTICOS DE HOMOCISTEÍNA E RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA?

Sofia Almada¹; Ana Célia Sousa¹; Sara Gomes¹; Elisa Caldeira¹; Eduarda Moniz¹; Sofia Borges²; Graça Guerra²; Maria João Oliveira²; Ilídio Ornelas²; Mariana Rodrigues²; Sónia Freitas²; Eva Henriques²; Ana Cardoso²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ²Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça (SESARAM, EPERAM); ³Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School

Introdução: A doença cardiovascular é a principal causa de morte em Portugal e representa uma importante causa de morte a nível mundial. Vários estudos epidemiológicos prospetivos demonstram de forma convincente que níveis séricos elevados de homocisteína representam um marcador de risco de doença cardiovascular (DCV). Apesar disso, o limiar a partir do qual a homocisteína se associa a risco de DCV permanece indefinido.

Objetivo: Com o presente trabalho, pretendemos avaliar a associação entre os níveis plasmáticos de homocisteína e a doença cardiovascular, bem como analisar a relação entre os diferentes níveis de homocisteína e o risco de DCV.

Material e métodos: Com uma amostra de 1390 indivíduos (74% do sexo masculino, com idade média de 52,2±8,3 anos), fizemos um estudo com seguimento durante um período médio de 7,2±5,2 anos. Durante o período de seguimento, registámos a ocorrência de DCV, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio, doença coronária, acidente vascular cerebral, acidente vascular cerebral transitório e doença arterial periférica. Fizemos um estudo caso-controlo, comparando-se indivíduos com DCV (n=61) e controlos, sem DCV (n=1329), avaliando-se variáveis demográficas, bioquímicas e fatores de risco de DCV (diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo). Comparámos em ambos os grupos os níveis plasmáticos da homocisteína. A determinação do valor ótimo da homocisteína foi realizada através do índice de Youden (J), obtido pela análise da curva ROC, permitindo identificar o ponto de maior sensibilidade e especificidade. Posteriormente, procedemos à análise multivariada de Cox, estimando os *hazard ratios* (HR) associados aos níveis de homocisteína, após ajuste para os fatores de risco cardiovasculares tradicionais. Foram construídas curvas de Kaplan–Meier, estratificando os participantes segundo o ponto de corte da homocisteína previamente determinado.

Resultados: O grupo com DCV tinha valores plasmáticos mais elevados de homocisteína em relação ao grupo controlo e com significância estatística (p=0,045). A análise de ROC identificou um ponto de corte da homocisteína de 11,56 µmol/L para discriminar o risco de DCV. Na análise multivariada de Cox, três variáveis

mantiveram associação independente com a ocorrência de DCV: tabagismo (HR=2,918; IC95% 1,747–4,873; p<0,0001), hipertensão arterial (HR=2,331; IC95% 1,349–4,028; p=0,002) e níveis de homocisteína >11,56 (HR=1,747; IC95% 1,025–2,977; p=0,040). Após ajuste para os restantes fatores de risco tradicionais, a homocisteína acima do ponto de corte definido permaneceu como um preditor independente de DCV. Variáveis como sedentarismo, obesidade, dislipidemia e diabetes não permaneceram no modelo final. Na análise de Kaplan–Meier, a sobrevivência de DCV foi inferior no grupo com homocisteína >11,56 em comparação com o grupo com ≤11,56, com separação consistente das curvas ao longo do seguimento. Aos 20 anos, as probabilidades de sobrevivência de DCV foram de 72,5% e 90,3%, respetivamente (teste *log-rank* p=0,007).

Conclusões: Concluímos que os níveis plasmáticos da homocisteína superiores a 11,56 µmol/L associam-se a um aumento do risco de DCV. O presente estudo fornece evidência adicional para a definição de um limiar de homocisteína clinicamente relevante, podendo contribuir, no futuro, para a investigação do seu eventual papel em modelos de estratificação do risco vascular.

CO 74

OPTIMIZING PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT: A NATIONAL EXPERT CONSENSUS

Inês Furtado¹; Ana Dias²; Filipa Ferreira³

¹Unidade Local de Saúde de Santo António; ²Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ³ULS Almada Seixal

Introduction: Pulmonary arterial hypertension (PAH) is a rare, yet progressive and fatal disease characterized primarily by smooth muscle and endothelial cell proliferation, leading to the progressive narrowing of precapillary pulmonary vasculature. Despite advancements over the past 30 years, its prognosis remains dismal. Existing therapies traditionally focused on three primary pathophysiological targets; however, none of them acted directly on the underlying mechanism of the disease. In recent years, the therapeutic landscape of PAH has evolved significantly and the approval of sotatercept, an activin-signaling inhibitor, represented a major breakthrough, offering a disease-modifying mechanism beyond vasodilation. The treatment algorithm derived from the 7th World Symposium on Pulmonary Hypertension and published in 2024 (WSPH 2024) recommends quadruple therapy targeting all four pathways as maximal therapy in selected patients. Nonetheless, the implementation of the international algorithm in Portugal faces unique constraints, including disparities in access and variations in drug availability across the country. The consensus hereby described aims to bridge the gap between emerging international evidence and the real Portuguese clinical practice, ensuring a harmonized, evidence-based approach that promotes equitable access to state-of-the-art therapies

across all national reference centers.

Materials and methods: A national consensus was developed by a panel of experts in cardiology, pulmonology and internal medicine, representing all six Portuguese PAH reference centers. The methodology included a review of the WSPH 2024 algorithm and the most recent clinical evidence available. Data was collected through structured rounds of discussion among center experts with the objective of developing a standardized treatment algorithm tailored to the Portuguese healthcare context.

Results: The panel proposed a combined algorithm based on the WSPH 2024 international framework, integrating add-on therapy with activin signaling inhibitor sotatercept in patients at higher risk after reassessment. Key modifications include using the ESC/ERS 2022 three-strata model for initial risk assessment along with therapeutic options more aligned with national clinical practice, available therapies and local population characteristics. The resulting consensus provides a standardized approach and identifies specific interventions tailored to the Portuguese PAH reality, compiled into a visual algorithm for direct application in specialized care.

Conclusion: This expert consensus and the proposed algorithm provide a robust, evidence-based framework for PAH management in Portugal. The authors expect that the implementation of this approach promotes the harmonization of PAH treatment based on the best available evidence, ensures patient treatment is equitable and consistent, and ultimately enhances long-term clinical outcomes and the global quality of PAH care in Portugal.

CO 75

GALECTINA 3 – PAPEL PROGNÓSTICO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONCLUSÕES DO ESTUDO ROAD-HF

Mário Barbosa¹; Ana Melício²; Andreia Matos³; Ângela Inácio⁴; Joana Ferreira⁴; Luiz Menezes Falcão⁴

¹Lusiadas - Hospital Lusíadas Lisboa; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ³Instituto de Saúde Ambiental-ISAMB, Laboratório Associado TERRA; ⁴Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: Não obstante a melhoria contínua nas estratégias diagnósticas e terapêuticas da insuficiência cardíaca (IC), a mortalidade precoce e as taxas de reinternamento continuam a ser elevadas, sobretudo durante os primeiros 90 dias após a alta hospitalar. A necessidade de identificar precocemente doentes em maior risco tem motivado a investigação de biomarcadores capazes de refletir os mecanismos fisiopatológicos subjacentes à progressão da IC, com particular enfoque nos processos de fibrose miocárdica. Nesse contexto, a galectina-3 (Gal-3) tem sido associada ao prognóstico da IC; contudo, a sua utilidade como preditor de reinternamento permanece controversa.

Objetivo: O estudo “The Role Of Myocardial Fibrosis

And Bioenergetic Dysfunction In Heart Failure Prognosis” (ROAD-HF) visa estratificar o prognóstico a curto prazo dos doentes internados por IC descompensada em classe III ou IV da *New York Heart Association* (NYHA) com base em biomarcadores de fibrose miocárdica e de disfunção bioenergética.

O prognóstico foi avaliado através da readmissão por IC e mortalidade global precoces (até 90 dias após a alta) e pela readmissão por IC e mortalidade global anuais.

Apresentamos os resultados obtidos a partir do doseamento do biomarcador de fibrose miocárdica Gal-3.

Material e métodos: Trata-se de um estudo de coorte prospetivo observacional, unicêntrico, com uma amostra de 128 doentes dividida equitativamente em dois braços [fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) > 40% e ≤ 40%].

A Gal-3 foi doseada através de kits ELISA R&D Systems, Abingdon, USA.

Foi efetuada uma análise de sobrevivência para cada um dos Objetivos utilizando curvas de Kaplan Meier e comparação de médias usando o teste de Wilcoxon. Aplicou-se o modelo de regressão de Cox (ajustado para a classe da NYHA) com o Objetivo de minimizar potenciais vieses.

A significância estatística foi definida como valor de $p < 0.05$.

Resultados: Efetuou-se seguimento de um ano. A mediana de idades foi de 83.5 [78.0-88.0] anos, 52.3% pertenciam ao sexo masculino.

Do total dos doentes, 20.3% tiveram reinternamento precoce, 31.8 % reinternamento anual, 10.2 % mortalidade precoce e 25 % mortalidade anual.

Com base no valor mediano de Gal-3, concentrações superiores a 18.5 ng/mL corresponderam ao grupo considerado com valores mais elevados.

Os valores de Gal-3 apresentaram uma correlação positiva com os de NT-proBNP ($R = 0.2$, $p = 0.023$). A Gal-3 apresentou associação significativa com o risco de reinternamento precoce ($p = 0.07$).

Conclusão: Estes resultados corroboram a potencial utilidade da Gal-3 como preditor de reinternamento na IC, nomeadamente o reinternamento precoce.

Os valores de Gal-3 correlacionaram-se com os de NT-proBNP, um biomarcador clássico de gravidade na IC.

CO 76

REDIFINIÇÃO DE FERROPÉNIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: O QUE MUDA NO USO DE CARBOXIMALTOSÉ FÉRRICA?

Pedro Moraes Sarmento; Rita Santos; Margarida Nascimento; Ana Carmo; Candida Fonseca

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A ferropenia é prevalente na insuficiência cardíaca (IC) e o tratamento da mesma com carboximaltose férrica (CMF) é recomendado por melhorar a mormortalidade dos doentes. Nos ensaios realiza-

dos foi utilizando a definição tradicional de ferropenia absoluta (ferritina <100 ng/mL) ou funcional (ferritina 100-300 ng/mL e Saturação da Transferrina (TSAT) <20%) para incluir os doentes para tratamento. A recente recomendação da Sociedade Europeia de Cardiologia, baseia-se exclusivamente na determinação da TSAT <20%, o que pode modificar substancialmente as indicações para a administração de CMF.

Objetivo: Avaliar o impacto da nova definição de ferropenia (TSAT <20%) na elegibilidade para tratamento com CMF numa coorte real de doentes com IC tratados num hospital de dia segundo a definição tradicional.

Métodos: Estudo retrospectivo numa coorte consecutiva de doentes com IC e indicação para CMF segundo definição tradicional, referenciados para tratamento num hospital de dia. Analisaram-se doentes com ferritina e TSAT basais simultaneamente válidos (n=142). Compararam-se as indicações segundo: VELHA (ferritina <100 ng/mL OU [ferritina 100-300 ng/mL E TSAT <20%]) vs NOVA (TSAT <20%). Apresentaram-se medianas (IQR) e frequências absolutas.

Resultados: Na coorte tratada segundo definição tradicional com dados completos (n=142), a ferritina mediana foi 48,0 ng/mL (Q1-Q3: 22,8-77,8), com 85,9% (122/142) <100 ng/mL e 14,1% (20/142) entre 100-300 ng/mL. A TSAT mediana constituiu 13,0% (Q1-Q3: 9,0-18,0), com 69,7% (99/142) <20%. A definição VELHA identificou 97,2% (138/142) como elegíveis (coorte tratada), contra 69,7% (99/142) pela NOVA. Aplicando a nova definição, excluir-se-iam 30,3% (43/142) dos doentes real e consecutivamente tratados.

Conclusão: Numa coorte real de IC seleccionada e tratada com CMF segundo definição tradicional (97,2% elegíveis), a recomendação TSAT <20% reduziria em 30,3% o número de doentes tratados. É essencial reavaliar se esta redifinição manteria os benefícios demonstrados nos ensaios realizados com a CMF no tratamento da ferropenia na IC, considerando que estes estudos incluíram predominantemente doentes com ferropenia absoluta. Estes dados reais sugerem necessidade de validação prospectiva da nova definição.

CO 77

HIPERTENSÃO NO INTERNAMENTO: ESTAMOS A TRATAR NÚMEROS OU DOENTES?

Rita Maria Pomba Palma Féria; Pedro Moules;
Mariana Lança de Oliveira; Clarisse Campos;
Fernando Martos Gonçalves; Ana Grilo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A elevação da pressão arterial é extremamente frequente no doente internado, acontecendo mesmo em doentes sem diagnóstico prévio de hipertensão. É multifatorial, por doença aguda, por iatrogenia medicamentosa quer por fármacos hipertensores ou por suspensão de hipotensores de domicílio e fatores associados ao internamento (dor, ansiedade, insó-

nia). Há evidência clara a recomendar não reduzir de forma aguda a pressão arterial em doentes internados por patologia não cardíaca com hipertensão, mesmo grave (>180/120mmHg), se sem lesão de órgão alvo pelo comprovado risco de iatrogenia. Ainda assim, a abordagem desta entidade continua heterogênea, nomeadamente no que toca à prescrição de hipotensores SOS.

Objetivo: Este estudo teve como Objetivo caracterizar alguns aspetos da abordagem da hipertensão arterial nos doentes internados num serviço de medicina interna, nomeadamente a prescrição terapêutica hipotensora em SOS.

Material e métodos: Trata-se de um estudo transversal de um dia dos 124 doentes internados no Serviço de Medicina Interna, tendo sido colhidos dados através de consulta do processo clínico, com avaliação de: caracterização clínica, diagnóstico de internamento, manutenção de terapêutica hipotensora de ambulatório, prescrição de hipotensores em SOS, bem como fármaco prescrito e alvo tensional definido para a sua administração.

Resultados: Dos 124 doentes 80% (n=99) apresentava diagnóstico de hipertensão arterial prévio ao internamento. Dos doentes com hipertensão previamente diagnosticada, a maioria (73%, n=73) encontrava-se sob terapêutica hipotensora em ambulatório, mas 30% (n=22) não mantiveram a terapêutica hipotensora no internamento. A prescrição de fármacos hipotensores em regime SOS verificou-se em 16% dos doentes (n=20), sendo que nenhum se encontrava internado por patologia cardíaca e 9 estavam internados por acidente vascular cerebral. A maioria dessas prescrições correspondiam a captopril (90%, n=18), sendo os restantes amlodipina (10%, n=2). A maioria dos doentes com prescrição de hipotensor SOS não tinha indicação de um alvo tensional para a administração do mesmo (60%, n=12). Quando presente, os alvos mais utilizados (80%) foram "PAS >180 mmHg e/ou PAD >110 mmHg", embora também se tenham observado outros alvos como "PA>160/90 mmHg" ou mesmo "PA>140/90mmHg".

Conclusões: Este estudo traduz a elevada heterogeneidade na abordagem à elevação da pressão arterial em internamento. Salienta-se a prescrição frequente de hipotensores em regime SOS apesar das recomendações atuais, o que representa um considerável risco de iatrogenia. Reforça-se ainda, de forma mais preocupante, a ausência de alvo tensional adequado para a administração da mesma. Estes achados reforçam a necessidade de maior sensibilização para as atuais recomendações do controlo da hipertensão em internamento.

CO 78

HYPERTENSIVE EMERGENCIES: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

Ana Beatriz Couto; Catarina Freitas Artilheiro;
Pedro Beirão; Andreia Nunes
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introduction: Hypertensive emergencies are characterised by acute hypertension-mediated target organ damage in the context of severely elevated blood pressure (typically systolic ≥ 180 mmHg and/or diastolic ≥ 120 mmHg). Although rare, they account for approximately 0.5-1% of adult emergency department visits and occur more frequently in older adults and patients with cardiovascular or metabolic comorbidities. However, data regarding patients admitted to intensive care units (ICU) remain limited. This study aims to characterise the clinical and epidemiological profile of patients admitted to the ICU with hypertensive emergencies.

Materials and methods: We conducted a retrospective observational study of patients admitted to a tertiary care hospital's ICU with hypertensive emergencies between July 2023 and December 2025. Data were obtained from electronic medical records (SClínico® and PatientCare®). Demographic characteristics, previous hypertension diagnosis, outpatient antihypertensive therapy, admission systolic blood pressure (SBP), type of hypertensive emergency and comorbidities were analysed. Continuous variables were expressed as mean $\pm$ standard deviation or median and interquartile range. Group comparisons were performed using independent t-tests or Mann-Whitney tests, and categorical variables using chi-square or Fisher's exact tests. Statistical significance was set at a P value of < 0.05 .

Results: A total of 102 patients were included from a population of 3038 ICU patients, with a mean age of 59.1 ± 15.8 years. 71.6% were male, and 19.6% were of African ethnicity. Previous hypertension was documented in 76.5% of patients, and among those with available data, 51.7% had uncontrolled blood pressure prior to admission. Cardiovascular risk factors were common, including dyslipidemia (40.2%), overweight/obesity (35.3%), and diabetes mellitus (21.6%). Mean SBP at admission was 196.0 ± 31.0 mmHg. Patients without previously diagnosed hypertension presented with higher SBP at admission ($p = 0.007$). The most frequent hypertensive emergency was intraparenchymal haemorrhage (72.5%), followed by acute pulmonary oedema (19.6%). A significant association was found between sex and type of hypertensive emergency ($p = 0.003$).

Conclusions: Hypertensive emergencies requiring ICU admission predominantly occurred in middle-aged men with previously diagnosed hypertension and a high burden of cardiometabolic risk factors. Neurological complications, particularly intraparenchymal haemorrhage, were the most frequent presentation. These

findings are consistent with previous studies reporting a predominance of cerebrovascular complications in hypertensive emergencies.

CO 79

ONZE ANOS DE LEPTOSPIROSE: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Susana Tânger Correia¹; Alice Borges²; Sofia Sequeira¹; Maria Beatriz Santos¹; Joana Carreiro³; Felipe Zuluaga¹; Paulo Ávila¹

¹Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; ²Unidade de Saúde da Ilha Terceira; ³Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca - Amadora/Sintra

Introdução: A leptospirose é uma zoonose bacteriana causada por espiroquetas do género *Leptospira*, endémica em regiões com clima húmido e elevada exposição ambiental. Na Região Autónoma dos Açores, a sua incidência é de cerca de 11 casos por 100 000 habitantes. Esta incidência é especialmente significativa quando comparada à do restante território nacional, que é de aproximadamente 0,7-1,7 casos por 100 000 habitantes. A apresentação clínica varia desde quadro febril inespecífico (semelhante a síndrome gripal), até formas graves ictero-hemorrágicas (Doença de Weil). Este estudo teve como Objetivo caracterizar os casos de leptospirose internados num serviço de Medicina Interna no período entre 2014 e 2024.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo com revisão dos processos clínicos de doentes internados com diagnóstico de leptospirose confirmado por PCR para *Leptospira*, num Serviço de Medicina Interna, entre 2014 e 2024.

Resultados: Foram incluídos 121 casos. A maioria era do sexo masculino (95%), com idades entre 18 e 79 anos. Em 68% dos casos identificou-se contexto epidemiológico sugestivo, predominantemente atividade no sector agrícola. Os sintomas mais frequentes foram febre, mialgias, calafrios e cefaleia. Houve 83% de doentes com trombocitopenia, 6% com discrasia hemorrágica e 47% com lesão renal aguda. Trinta e seis doentes (29,8%) necessitaram de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos por instabilidade hemodinâmica. Não se verificaram óbitos.

Conclusões: A leptospirose continua a constituir um relevante problema de saúde pública nos Açores, possivelmente relacionado com fatores climáticos e exposição ocupacional. A variabilidade clínica pode dificultar o diagnóstico precoce, reforçando a importância da suspeição clínica em contextos epidemiológicos compatíveis. Apesar da ausência de mortalidade na amostra analisada, a necessidade de admissão em cuidados intensivos em cerca de um terço dos casos evidencia o potencial de gravidade da leptospirose e reforça a importância da suspeição clínica precoce em regiões endémicas.

CO 80

PREFERÊNCIA POR TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL INJETÁVEL EM PESSOAS COM VIH: DADOS DE VIDA REAL

Ana Rita Ribeiro; Raquel Borges Pinho; Manuela Sousa; Manuela Simão; Márcia Andrez; Nuno Bernardino Vieira
ULS-Algarve

Introdução: A terapêutica antirretroviral (TARV) de longa duração com cabotegravir/rilpivirina injetáveis constitui uma alternativa eficaz à TARV oral diária no tratamento da infeção por VIH. As recomendações da *European AIDS Clinical Society* reconhecem esta estratégia em doentes virologicamente suprimidos como forma de simplificação terapêutica e potencial melhoria da adesão. Para além da eficácia clínica, fatores psicossociais como fadiga terapêutica, estigma associado à medicação e a necessidade de evitar a lembrança diária da doença podem influenciar a escolha terapêutica. Este estudo pretende caracterizar os motivos de transição para TARV injetável e analisar a carga medicamentosa concomitante numa coorte de vida real.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo incluindo todos os doentes com infeção por VIH que iniciaram TARV injetável com cabotegravir/rilpivirina num hospital secundário desde a implementação desta estratégia, em outubro de 2024 até fevereiro de 2026. Foram recolhidos dados demográficos, terapêutica antirretroviral prévia, número de medicamentos concomitantes e motivos reportados para a mudança do esquema terapêutico.

Resultados: Foram incluídos 82 doentes, a maioria do sexo masculino (76%), com idade média de 44,8 anos. Todos apresentavam supressão virológica e estavam previamente sob TARV oral eficaz, em regime de comprimido único diário. Os principais motivos reportados para a mudança para TARV injetável incluíram evitar a lembrança diária da infeção, reduzir o estigma associado à toma de comprimidos, fadiga terapêutica e percepção de melhoria da adesão. Relativamente à medicação concomitante, 64 doentes (79%) tomavam pelo menos um medicamento adicional, além da TARV e 16 doentes preenchiam critérios de polimedicação (≥ 5 fármacos). Apenas 18 doentes (22%) não faziam qualquer outro fármaco.

Conclusões: Nesta coorte de vida real, a preferência pela TARV injetável ocorreu maioritariamente em doentes previamente controlados sob regimes orais simplificados. A decisão de mudança esteve sobretudo associada a fatores psicossociais, nomeadamente estigma, fadiga de comprimidos e desejo de evitar a lembrança diária da infeção. Apesar de muitos doentes apresentarem medicação oral concomitante, o comprimido antirretroviral parece assumir um peso simbólico distinto das restantes terapêuticas, funcionando frequentemente como memória diária da doença. Estes resultados reforçam o papel da terapêutica antirre-

troviral injetável como estratégia centrada no doente, com potencial impacto positivo na qualidade de vida e na perceção da doença.

CO 81

INCIDÊNCIA DE HEPATITE A NUM HOSPITAL SECUNDÁRIO: COMPARAÇÃO COM DADOS NACIONAIS DE VIGILÂNCIA

Ana Rita Ribeiro; Ricardo Oliveira; Ana Filipa Correia; Ricardo Ralha Martins; Carlos Nascimento; Raquel Borges Pinho; Nuno Bernardino Vieira
ULS-Algarve

Introdução: A hepatite A é uma infeção hepática aguda causada por um vírus RNA do género Hepatovírus. A transmissão ocorre por via fecal-oral e, na maioria dos casos, provoca uma infeção autolimitada. A doença mantém-se endémica em regiões com condições de saneamento, higiene e acesso à água potável precárias, nomeadamente em alguns países de África, Ásia, América Central e do Sul. Nos últimos anos, têm sido descritos surtos em países europeus, particularmente associados à transmissão sexual. Em Portugal, trata-se de uma doença de notificação obrigatória, monitorizada através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). O presente estudo teve como Objetivo caracterizar a incidência e as características epidemiológicas dos casos de hepatite A diagnosticados num hospital secundário e compará-los com os dados nacionais de vigilância.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo que incluiu todos os diagnósticos de hepatite A, num hospital secundário entre setembro de 2020 e fevereiro de 2026. Foram analisadas variáveis demográficas, clínicas e epidemiológicas, incluindo idade, sexo, nacionalidade, provável via de transmissão, necessidade de internamento, seguimento em consulta e ocorrência de complicações. Os dados foram obtidos a partir dos registos clínicos eletrónicos e comparados com os dados nacionais de vigilância epidemiológica disponíveis através do SINAVE e relatórios da Direção-Geral da Saúde.

Resultados: Durante o período de estudo foram identificados 130 casos de infeção por hepatite A. A maioria dos doentes era do sexo masculino ($n=75$), com idade média de 30 anos, sendo a transmissão sexual identificada em 42% dos casos. Até 2023 registaram-se menos de 10 casos anuais, mas observou-se um aumento significativo a partir de 2024, com um pico em 2025 (87 casos). Verificou-se necessidade de internamento em 45% dos casos e seguimento em consulta em 30%, tendo ocorrido complicações em apenas três casos, incluindo um caso fatal.

Conclusões: A evolução temporal observada neste hospital acompanhou a tendência epidemiológica nacional, caracterizada por baixa incidência até 2023 e aumento significativo nos anos de 2024 e 2025. Em

2025, até maio, foram identificados 36 casos de hepatite A neste hospital, correspondendo a cerca de 7% dos casos notificados em Portugal (n=504) no mesmo período. Apesar de a maioria dos casos não apresentar complicações, muitos destes requerem vigilância em consulta ou internamento, representando um impacto relevante na atividade assistencial hospitalar. Estes resultados reforçam a importância da vigilância epidemiológica contínua e da implementação de medidas de prevenção e controlo, incluindo estratégias de vacinação e educação para a saúde.

CO 82

CARACTERIZAÇÃO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS COMPLICADAS DE BACTERIÊMIA A PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Mónica Jardim; Mariana Bilreiro; Sofia Almada;
Sara Nunes Gomes; Teresa Faria
Serviço de Medicina Interna, SESARAM

Introdução: A *Pseudomonas aeruginosa* é um microorganismo capaz de provocar infeção respiratória grave sobretudo em meio hospitalar e naqueles doentes com debilitação dos mecanismos de defesa. Esta bactéria tem mecanismos lesivos capazes de debelar as defesas inatas e adaptativas do sistema imunitário. Na história natural desta infeção, a identificação do agente na corrente sanguínea (bacteriemia) representa um passo no sentido de um pior desfecho.

Objetivo: Caracterizar as infeções respiratórias devidas a *Pseudomonas aeruginosa* complicada de bacteriemia e identificar factores implicados num pior prognóstico.

Material e métodos: Elaborámos um estudo retrospectivo analítico. Identificámos todas as admissões hospitalares de infeção respiratória que apresentasse bacteriemia a *Pseudomonas aeruginosa* em adultos ao longo de três anos. Retirámos dados relativos à demografia dos casos identificados. Extraímos as características do foco respiratório primário. Explorámos a presença de factores que pudessem contribuir nomeadamente imunossupressão patológica ou iatrogénica. Apurámos os padrões de resistência antimicrobiana do agente. Os critérios para resistência microbiana seguiram as orientações da European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Considerámos como desfecho principal, a ocorrência de óbito intra-hospitalar por qualquer causa. Elaborámos um modelo de regressão logística para factores associados a este desfecho. Assumimos como significado estatístico um valor $p < 0,050$. Utilizámos a aplicação informática da instituição para o acesso aos processos clínicos e o processamento estatístico foi realizado com recurso a IBM SPSS versão 25.0.

Resultados: Obtivemos uma amostra de 44 casos. A maioria (n=29; 65,9%) pertencia ao sexo masculino. A média das idades foi de 73,4 anos (desvio-padrão

11,6). O foco primário deveu-se a: pneumonia (n=39; 88,6%), traqueobronquite aguda (4 casos; 9,1%) e abscesso pulmonar (n=1; 2,3%). Todos apresentavam critério para infeção associada a cuidados de saúde. Entre os factores predisponentes incluíram: doença neurológica (n=14; 31,8%), quimioterapia activa (n=8; 18,2%), diabetes mellitus (n=6; 13,6%). Verificou-se resistência antimicrobiana “in vitro” por parte da *Pseudomonas aeruginosa* identificada em 14 casos (31,8%). A mortalidade atingiu os 63,6% (n=28). Entre os doentes que faleceram, verificámos maior proporção de homens (82,1% versus 17,9%; $X^2=9,031$; $p=0,003$) e patologia neurológica (46,4 versus 6,3%; $X^2=7,577$; $p=0,006$). O modelo de regressão apurou como factores independentes para a ocorrência de óbito intra-hospitalar: sexo masculino (odds-ratio 5,8; $p=0,020$) e patologia neurológica (odds-ratio 9,7; $p=0,046$).

Conclusão: A mortalidade de infeções respiratórias a *Pseudomonas aeruginosa* complicadas de bacteriemia é elevada sobretudo em doentes do sexo masculino ou com patologia neurológica.

CO 83

PNEUMONIAS VÍRIAS: UMA VISÃO RETROSPECTIVA DOS AGENTES MAIS FREQUENTES

Andreia Correia Bulhão; Sara Oliveira Gomes;
Inês Pereira de Oliveira; Cláudia Silva; Marta Oliveira Ferreira;
Pedro Neves
ULS Médio Ave

Introdução: As pneumonias víricas são responsáveis por uma percentagem significativa das pneumonias diagnosticadas no mundo e estão associadas a elevada morbidade e mortalidade. O vírus influenza A e B, o SARS-CoV2 e o vírus sincicial respiratório são alguns dos principais agentes patógenos. Este estudo teve como principal Objetivo avaliar a incidência de pneumonias víricas nos adultos numa unidade hospitalar.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com mais de 18 anos que realizaram pesquisa de antígenos para influenza A, influenza B, vírus sincicial respiratório (VSR) e SARS-CoV2 nos primeiros 7 meses de 2024. Dos doentes com teste positivo foram selecionados aqueles com pneumonia, baseado na informação descrita em diário aquando do pedido/resultado do painel vírico, e na avaliação da radiografia do tórax. Foi usado o teste do qui-quadrado e testes de estatística descritiva.

Resultados: Dos 480 doentes com teste positivo, 132 tinham diagnóstico de pneumonia. A idade média dos participantes foi de 65.3 ± 21.2 anos. Dos vírus testados, verificou-se que o SARS-CoV2 foi o vírus mais prevalente (61.3%) face ao Influenza A, B e VSR (30.5%, 11.4% e 7.6%, respetivamente). A incidência de pneumonia nos doentes testados foi de 27.5%, sendo que, destas 54.4% resultou de infeção por SARS-CoV2, 37.1% por Influenza A; 3.8% por Influenza B e

4.5% por VSR. A incidência de pneumonia por estes vírus foi superior em doentes com idade igual ou superior a 65 anos (84.1%). A idade igual ou superior a 65 anos aumenta o risco de desenvolver pneumonia em 5 vezes (OR=5.05; IC 95% (3.03-8.42)). Apesar do SARS-COV2 ter sido o principal agente causador de pneumonia na população em estudo, não se verificou aumento do risco de desenvolvimento de pneumonia em casos de infeção por SARS-COV2 ($X^2=2.28$; $p=0.131$; OR= 0.729; IC (95%) 0.483-1.10). Em contraste, a infeção por influenza A duplica a probabilidade de desenvolver pneumonia ($X^2=8.44$; $p=0.004$; OR= 1.93; IC (95%) 1.23-3.01).

Conclusão: Conclui-se que a incidência de pneumonia nos doentes com infeções víricas pelos vírus testados foi baixa nos primeiros 7 meses do ano de 2024, face ao número de pesquisa de antígenos realizada. A idade é um importante preditor de risco de desenvolvimento de pneumonia. Apesar da infeção por SARS-COV2 estar associada a maior número de pneumonias não há uma associação entre estas duas variáveis. Pelo contrário, a infeção por Influenza A duplica esta probabilidade. O influenza A é responsável por cerca de 50% das pneumonias víricas em adultos, tendo maior impacto em doentes idosos, grávidas, imunossuprimidos e doentes com doenças crónicas.

CO 84

PREDICTIVE VALUE OF EMBOLIC COMPLICATIONS IN INFECTIVE ENDOCARDITIS OUTCOMES

Inês Madeira Santos; Rodrigo Neves Brandão; Tiago Mesquita; Carolina Mateus; Filipa Gerardo; Marco de Campos Beringuilho

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introduction: Infective endocarditis (IE) carries a high mortality rate around 66 300 deaths per year worldwide. Embolic events are among the most frequent and clinically significant complications of IE. These events contribute substantially to morbidity and mortality, affecting multiple organs. This study aims to assess the embolization sites as predictors of in-hospital and long-term death of patients with IE.

Material and methods: We conducted a retrospective single center analysis of hospitalized patients with IE diagnosis from January 2017 to October 2025. Multi-variable logistic regression analysis adjusted for age, hypertension, fibrillation and body index mass was used to assess the association between embolic sites and in-hospital mortality and at 1 month, 6 months and 12 months follow-up after discharge.

Results: From a total of 184 patients with IE, 72.3% were male and the mean age was 70.2 ± 12.5 years. Previous valvular disease was present in 41.3% (interventive or not interventive), 31.5% had a previous diagnosis of atrial fibrillation. During hospital stay, 51.1% experienced an embolic event. Our study revealed that stroke ($p < 0.001$, OR 5.6, 95% CI 2.66-

12.12), and renal embolism ($p=0.038$, OR 10.26, 95%, CI 1.41-92.38) were strongly associated with in-hospital mortality. Stroke remained a predictor of death at 1 month ($p < 0.001$, OR 4.77, 95% CI 1.97-11.54), 6 months ($p < 0.001$, OR 5.09, 95% CI 2.34-11.07) and 12 months ($p < 0.001$, OR 4.78, 95% CI 2.16-10.57) follow-up. Other localizations of embolism (hepatic, splenic, vertebral, bone and pulmonal) were also assessed, nevertheless they were not statistically significant at any follow-up time point.

Conclusion: Our study revealed a 28% prevalence of stroke, which is inferior to data from other studies (44.1%). Embolic events, particularly stroke, were strong predictors of both in-hospital and long-term mortality in patients with IE. These findings are similar (HR 4.57, 95% CI 3.08-6.79, $p < 0.001$) with other studies. There were not found comparative studies regarding other embolic sites emphasizing the importance of this study. This study underscores the importance of prevention, early detection and close management of embolic complications, especially neurological ones, to improve outcomes in patients with IE.

CO 85

EVOLUÇÃO DO NEWS2 ATÉ 72 HORAS COMO MARCADOR PROGNÓSTICO EM DOENTES INTERNADOS: ESTUDO RETROSPECTIVO

Inês Lopes Paulo; Rita Guapo Vieira; João Freitas Silva; Nayive Gutiérrez Gómez; Marco Ribeiro Narciso; Francisco José Catarino Luís; Sofia De Figueiredo Azinheira; José Pedro Carrapato; Glória Nunes Da Silva; Sara Sarmento
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: O National Early Warning Score 2 (NEWS2) é amplamente utilizado para identificar precocemente doentes em risco de deterioração clínica, estando valores elevados associados a maior mortalidade e necessidade de cuidados intensivos. Contudo, muitos destes doentes permanecem internados em enfermarias de Medicina Interna (MI), pela elevada carga de comorbilidades ou limitação terapêutica. Este estudo teve como Objetivo avaliar a evolução do NEWS2 nas primeiras 72h e o seu impacto prognóstico em doentes internados.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo unicêntrico incluindo doentes ≥ 18 anos internados num serviço de MI entre janeiro e abril de 2025, com recolha de dados demográficos, comorbilidades (Índice de Charlson), estado funcional, NEWS2 à admissão e às 24h, 48h e 72h, necessidade de suporte de órgão e mortalidade intra-hospitalar. A análise estatística foi realizada no SPSS®, incluindo estatística descritiva, comparação entre grupos e regressão logística multivariável para identificar fatores independentemente associados à mortalidade.

Resultados: Foram incluídos 355 doentes, com idade média de $77,96 \pm 13,80$ anos; 74,1% apresentavam

elevada carga de comorbilidades (Índice de Charlson ≥ 5). A duração média do internamento foi $13,32 \pm 12,22$ dias. À admissão no Serviço de Urgência (SU), 20% dos doentes apresentavam NEWS2 ≥ 7 , valor que não se associou a maior mortalidade intra-hospitalar. Entre estes, 64,79% não foram propostos para Cuidados Intensivos devido a limitação terapêutica relacionada com comorbilidades e/ou prognóstico global. Observou-se melhoria do NEWS2 nas primeiras 72 horas em 35,8% dos casos. A necessidade de suporte ventilatório foi baixa (3,1% à admissão e 3,9% durante o internamento), verificando-se associação significativa entre o NEWS2 à admissão e necessidade de suporte ventilatório inicial ($p=0,040$) e entre o NEWS2 às 72h e necessidade de suporte ventilatório durante o internamento ($p=0,017$). Em contraste com o valor inicial, um NEWS2 ≥ 7 às 48h associou-se a maior mortalidade intra-hospitalar (29,6% vs 5,8%; $p<0,001$), associação igualmente observada às 72h (32,0% vs 5,8%; $p<0,001$). A persistência de NEWS2 elevado nas primeiras 48h identificou um subgrupo com risco substancialmente superior de morte durante o internamento. Globalmente, idade, Índice de Charlson, estado funcional (WHO) e NEWS2 às 48–72h associaram-se a maior mortalidade intra-hospitalar.

Conclusões: Neste estudo, o NEWS2 à admissão no SU não se associou a maior mortalidade intra-hospitalar nos doentes internados. Pelo contrário, valores elevados de NEWS2 nas primeiras 48–72 horas apresentaram forte associação com mortalidade, sugerindo que a evolução do score ao longo do internamento poderá ser marcador prognóstico mais robusto nesta população. A persistência de NEWS2 elevado nas primeiras 48 horas poderá permitir identificar precocemente doentes de alto risco e apoiar estratégias de vigilância e estratificação prognóstica em MI.

CO 86

SOBREVIVÊNCIA A UM ANO EM DOENTES COM LIMITAÇÃO DE CUIDADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Rafaela Magalhães; Stanislav Tsisar; Catarina Rosa; Vasco Gaspar; Leonor Soares; Manuel Monteiro
Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: as unidades de cuidados intermédios (UCIM) representam uma alternativa frequente para vigilância e suporte de doentes com limitação para admissão em unidades de cuidados intensivos (nível III). O impacto destas UCIM na sobrevivência desta tipologia de doentes permanece, contudo, pouco caracterizado. Analisámos a mortalidade a curto e médio prazo, assim como as características que a influenciaram, de doentes com limitação prévia para cuidados em nível III, após alta de uma UCIM médica.

Materiais e métodos: estudo retrospectivo, unicêntrico, de coorte constituída por doentes admitidos numa

UCIM médica de um hospital central, com limitação para incremento de cuidados para nível III, entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2024. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos e de mortalidade até um ano através da consulta de processos clínicos informáticos. Os fatores associados à mortalidade foram avaliados através de análise de sobrevivência utilizando curvas de Kaplan-Meier, com posterior análise comparativa das variáveis associadas à mortalidade.

Resultados: analisadas 442 admissões consecutivas, sendo 53 (11,9%) limitadas para incremento do nível de cuidados. A mediana de idades foi de 84 anos (45-96), e 54,7% eram do sexo feminino. O SAPS II mediano foi de 42 pontos, prevendo uma mortalidade hospitalar de 28,5%. O suporte com VNI e OAF foi utilizado em 35,8% e 15,1% dos casos, respetivamente, enquanto 20,8% necessitaram de amins vasoativas. A mortalidade cumulativa após alta da UCIM foi de 13,2% aos 3 meses, 24,6% aos 6 meses, e 34,0% ao fim de 1 ano. Os motivos de limitação foram fragilidade em 37,7%, doença severa em 34,0%, idade avançada em 17,0% e neoplasia intratável em 11,3%. A mortalidade foi estatisticamente superior nos subgrupos de doentes com SAPS II ≥ 44 pontos ($p=0,044$), com necessidade de suporte com VNI ($p<0,001$) e que tinham doença severa, neoplasia intratável ou fragilidade como motivo de limitação ($p=0,002$). Por outro lado, não se verificou associação estatisticamente significativa com a idade avançada.

Conclusões: dos doentes admitidos na nossa UCIM médica com limitação para incremento para nível III, uma proporção significativa (66,0%) manteve-se viva ao final de um ano após alta desta valência. A idade avançada, isoladamente, não se associou a maior mortalidade, sugerindo que não deverá constituir um critério exclusivo para limitação do nível de cuidados. Estes resultados sugerem que as UCIM desempenham um papel relevante na prestação de cuidados a doentes com elevada morbimortalidade, podendo proporcionar uma sobrevivência que justifica o investimento nesta população.

CO 87

THIRTY-MONTH OBSERVATIONAL STUDY OF A PORTUGUESE MEDICAL INTERMEDIATE CARE UNIT

Manuel Monteiro; Leonor Soares; Vasco Gaspar; André Matos; Rafaela Magalhães
ULS São José

Introduction: A mandatory medical intermediate care unit (IMCU) rotation has recently been approved for the Portuguese Internal Medicine residency program. However, these specialized units remain scarce nationwide, are heterogeneous, and lack standardized admission criteria and organizational models. We characterize the clinical activity and outcomes of a Portuguese central hospital medical IMCU with 38 years of continuous experience.

Materials and methods: Single-centre, retrospective, descriptive analysis of patients admitted to a 6-bed, Internal Medicine ward-embedded IMCU, between July 1st, 2023 and December 31st, 2025.

Results: 975 patients accounted for 1,046 consecutive admissions (averaging 34.8/month), including 71 readmissions. Median age was 70 years (18-100), and 58.2% were male. Admissions originated primarily from the emergency department (38.7%), followed by Internal Medicine wards (18.0%) and intensive care unit (ICU) step-downs (17.5%). Median IMCU length of stay was 3 days (0-64). Admission criteria were categorized as haemodynamic monitoring (32.3%), respiratory failure (27.6%), ICU step-down (17.5%), peri-procedural monitoring (8.7%), neurological monitoring (5.6%), renal-metabolic disturbance (4.9%), haematological monitoring (2.2%) and post-operative care (0.7%). The most frequent IMCU diagnoses were pneumonia (12.1%), septic shock (11.9%), congestive heart failure (8.2%), acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (8.0%), and cerebrovascular disease needing elective endovascular treatment (7.8%). Vaso-pressors were used in 212 admissions (20.2%), including dual vasoactive support in 15 cases. Non-invasive positive pressure ventilation was required in 230 admissions (21.9%), and 163 (15.5%) received high-flow nasal cannula oxygen therapy. Limitation of invasive life-sustaining treatment (LST) was documented in 27.1% of admissions. Median SAPS II score was 35 (6-92), predicting 16.7% in-hospital mortality. Observed IMCU and overall in-hospital mortality was 9.0% and 22.1%, respectively ICU transfer rate was 9.6%, motivated mainly by invasive mechanical ventilation indication, and post-operative care after major surgery. Most admissions were stepped down to medical (57.1%) and surgical (11.7%) wards.

Conclusions: Our IMCU manages a heterogeneous and clinically complex population, requiring substantial haemodynamic and respiratory support. IMCU and hospital survival outcomes were acceptable, given significant disease severity, and frequent invasive LST limitation. The role of medical IMCU in the Portuguese healthcare system has been recently recognized; however, availability in most hospitals remains insufficient. Further work is needed to promote standardization of physical structure, staffing models, operational frameworks, and patient case mix.

CO 88

NÃO SÓ DE CORES SE VESTE A URGÊNCIA

Antonio Alejandro Villasana; Alexandra Ávila; Mathias Daheim
Hospital do Barlavento Algarvio

Introdução: O internamento hospitalar resulta da interação entre fatores demográficos e clínicos. Estudos prévios indicam que a idade avançada, polimedicação e comorbilidades aumentam o risco de internamento,

mas a influência dos algoritmos de decisão e da triagem inicial (Manchester), permanece pouco caracterizada. Este estudo visa identificar padrões de sintomas e fatores clínicos associados ao internamento, contribuindo para a otimização da triagem e gestão hospitalar.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, incluindo pacientes com mais de 18 anos, com triagem médica, triados com azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho. Foram analisadas a idade, NEWS2 score, número de medicamentos, assim como categoria Manchester, dependência funcional, contacto recente com SU, internamento recente, polimedicação, estado oncológico, sexo e algoritmo de triagem utilizado. Os algoritmos pouco frequentes (<11 ocorrências) foram eliminados. Para variáveis contínuas aplicou-se teste t de Welch; para categóricas, teste do qui-quadrado. Os resultados foram agrupados por sintoma principal e categoria Manchester, calculando-se médias, odds ratios e p-values.

Resultados: Dos 9 algoritmos principais analisados, verificou-se diferença global significativa nas taxas de internamento (χ^2 simulado, $p = 0.0003$). Os sintomas com maior proporção de internamento foram: indisposição no adulto (33%), dispneia (25%) e dor torácica (16%).

Na análise multivariada por regressão logística, apenas o NEWS2 score em pacientes com dor abdominal classificada como laranja mostrou associação significativa com internamento (OR = 6.322; $p = 0.0207$). Os algoritmos de dispneia (OR $\approx 11,4$; $p = 0,039$) e indisposição no adulto (OR $\approx 13,8$; $p = 0,012$) estiveram significativamente associados a maior probabilidade de internamento hospitalar.

Conclusões: A análise demonstra que, entre os algoritmos avaliados, apenas o NEWS2 score elevado em pacientes com dor abdominal com prioridade laranja se associa significativamente ao internamento hospitalar, com OR = 6,322. Ainda, individualmente, algoritmos da dispneia e indisposição no adulto estão significativamente associados ao internamento. Estes achados sugerem que possam existir marcadores de risco específicos para cada algoritmo. Contudo ao ser uma amostra relativamente pequena, são necessários estudos adicionais com maior número de participantes para melhorar a generalização das conclusões.

CO 89

DO SERVIÇO DE URGÊNCIA À ENFERMARIA: INFLUÊNCIA DO TEMPO DE ESPERA NOS RESULTADOS CLÍNICOS

Rita Guapo Vieira; Inês Lopes Paulo; João Freitas Silva;
Marco Ribeiro Narciso; Sofia De Figueiredo Azinheira;
Sofia Timóteo Frade; José Pedro Carrapato; Catarina Cardoso;
Estefania Rodrigues; Alexandra Agostinho;
Glória Nunes Da Silva; Sara Sarmento

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: O Serviço de Urgência (SU) constitui a principal porta de entrada hospitalar para doentes agudos. O aumento da procura assistencial e limitação da capacidade de internamento têm contribuído para permanências prolongadas no SU após decisão de internamento, associadas à sobrelotação hospitalar e, em alguns estudos, a piores resultados clínicos - maior risco de infeção, tempo de internamento (LOS - *length of stay*) e mortalidade. Contudo a magnitude desta associação permanece pouco caracterizada em vários contextos nacionais. Este estudo teve como Objetivo avaliar a relação entre o tempo de permanência no SU e os desfechos clínicos de doentes posteriormente admitidos num serviço de Medicina Interna (MI).

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo unicêntrico incluindo doentes adultos admitidos a partir do SU e posteriormente internados num serviço de MI entre setembro e dezembro de 2025. Foram recolhidos dados demográficos, comorbilidades (Índice de Charlson), estado funcional, fragilidade, tempo de permanência no SU, LOS, ocorrência de infeção nosocomial e mortalidade intra-hospitalar. A análise estatística foi realizada com SPSS®, incluindo análise descritiva e inferencial.

Resultados: Foram incluídos 380 doentes, com idade média de $76,9 \pm 14,7$ anos, predominando o sexo feminino (55,3%). O Índice de Charlson médio foi de 5,8 pontos, refletindo elevada carga de comorbilidade. O tempo médio de permanência no SU foi de 34,9 h (mediana 29; mínimo 1; máximo 115), sendo que 61,6% dos doentes permaneceram >24 h e 25,3% >48 h. A principal causa de permanência prolongada foi a ausência de vagas hospitalares (44,2%), seguida da necessidade de monitorização clínica (22,9%). Verificou-se infeção nosocomial em 13,9% dos doentes e mortalidade intra-hospitalar em 7,1%. Embora cada hora adicional no SU se associe a um aumento de cerca de 1,5% na probabilidade de morte e 0,8% de desenvolvimento de infeção nosocomial, o tempo de permanência no SU não demonstrou associação estatisticamente significativa com mortalidade (OR 1,015; IC95% 0,997–1,033; $p=0,114$) ou infeção nosocomial (OR 1,008; IC95% 0,994–1,022; $p=0,263$) após ajuste para idade, fragilidade e comorbilidade. A regressão linear não demonstrou associação estatisticamente significativa entre o tempo de permanência no SU e a

LOS ($\beta=0,021$; $B=0,014$ dias por hora; $p=0,687$).

Conclusão: Observou-se elevada frequência de permanência prolongada no SU, sobretudo relacionada com indisponibilidade de vagas hospitalares. Apesar da tendência para piores desfechos com maior tempo de permanência no SU, não foi demonstrada associação estatisticamente significativa com mortalidade, infeção nosocomial ou LOS. Estes resultados reforçam a importância de otimizar o fluxo hospitalar e a gestão de camas, de forma a melhorar a eficiência organizacional e reduzir a permanência prolongada no SU.

CO 90

EXPERIÊNCIA DE UM ANO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE PROXIMIDADE

Joana Correia Nunes; Maria Beatriz Marques;
Filipe Seguro Paula; José Delgado Alves
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: As Unidades de Cuidados Intermédios de Proximidade (UCInt) assumem um papel crescente na gestão de doentes médicos com necessidade de monitorização e suporte de órgão, mas que não requerem cuidados intensivos. Este papel é particularmente importante face ao aumento da esperança de vida, frequentemente associados à presença de múltiplas comorbilidades, em que estratégias terapêuticas invasivas podem não trazer benefício clínico significativo. Apresenta-se a atividade de um ano de uma UCInt, com o Objetivo de caracterizar o perfil dos doentes admitidos e os principais resultados clínicos.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo incluindo todos os doentes admitidos numa UCInt, inserida num serviço de Medicina Interna de um hospital distrital, entre janeiro e dezembro de 2025. Foram recolhidos dados demográficos e clínicos do processo clínico eletrónico. A análise estatística foi feita através do software SPSS (v30).

Resultados: Neste período foram admitidos 288 doentes, 52% do sexo feminino, com uma idade mediana de 72 (63-85) anos. A maioria dos doentes provinha do serviço de urgência (61%), seguindo-se de enfermarias de Medicina (23%) e do serviço de Medicina Intensiva (9%). A duração mediana do internamento foi de 5 (3-8) dias, após a qual a maioria foi transferida para uma enfermaria de Medicina (67%). Quinze doentes tiveram alta para domicílio, associando-se a tempos de internamento hospitalar mais curtos (8 vs 16 dias, $p<0,01$). Os principais motivos de admissão foram insuficiência respiratória (44%) coincidente com os principais suportes de órgão fornecidos (VNI em 34% e ONAF em 10%), e distúrbios hemodinâmicos (16%). Dez doentes tiveram necessidade de ser transferidos para uma Unidade de Cuidados Intensivos. 15% das admissões na unidade foram complicadas por pelo menos uma infeção nosocomial, associando-se a tempos de internamento mais prolongados (12 vs 4 dias), à utilização

de ventilação não invasiva ($p=0.001$) e a uma taxa de mortalidade superior (21 vs 7%). Quase metade dos doentes admitidos (45%) tinha limitação terapêutica. Este grupo era mais velho (mediana de 83 vs 67 anos) e apresentou uma taxa de mortalidade na UCI (18 vs 2%) e intra-hospitalar (42% vs 11%) superior. Ainda assim, 70% receberam pelo menos um tipo de suporte de órgão. A taxa de mortalidade na unidade foi de 9%, aumentando para 25% quando se considera todo o internamento, tendo a maioria dos doentes algum tipo de limitação terapêutica ($p < 0.001$).

Conclusão: Apesar de não ser feita uma comparação directa com outras casuísticas, os presentes dados contribuem para a definição de uma população servida e de um papel desempenhado na realidade hospitalar que poderão ser diferentes de UCIs associadas a unidades de cuidados intensivos.

CO 91

BEHÇET COM ENVOLVIMENTO AXIAL: UM FENÓTIPO DISTINTO?

Inês Duro¹; Isabel Fonseca Silva¹; Luísa Serpa Pinto¹; Bárbara Leal²; João Araújo Correia¹

¹Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António; ²Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Introdução: A doença de Behçet (DB) é uma vasculite de etiologia incerta e atingimento multissistémico. O envolvimento articular, quando presente, pode ser clinicamente indistinguível do observado nas espondiloartropatias, dificultando a distinção entre entidades. Este trabalho teve como Objetivo a caracterização do envolvimento articular numa coorte de DB, com ênfase na espondiloartropatia.

Métodos: Coorte observacional, prospetiva, unicêntrica, incluindo doentes com DB seguidos entre 1981 e 2025. A DB foi definida segundo o *International Study Group*; e a espondiloartrite segundo o *Assessment of Spondyloarthritis International Society*. Foram registadas variáveis demográficas, manifestações clínicas e terapêuticas. Variáveis categóricas são apresentadas como frequência absoluta e relativa e as contínuas como média e desvio padrão. Para comparações entre grupos utilizaram-se os testes T-Student para variáveis contínuas e Qui-quadrado ou Exato de Fisher para as categóricas. Foi realizada a genotipagem de HLA classe I. Os dados foram tratados com recurso ao *IBM SPSS Statistics*® (Versão 30).

Resultados: De um total de 332 doentes, 42.8% ($n=142$) apresentaram atingimento articular: primariamente mulheres (76.8%, $n=109$), com idade média de 28 (DP+/-13.0) anos ao *onset* e de 34.4 (DP+/-12.7) anos ao diagnóstico. Entre os restantes envolvimento, destacaram-se o mucoso (100%, $n=332$), cutâneo (44%, $n=146$), ocular (23.2%, $n=77$), vascular (16.6%, $n=55$), neurológico (14.5%, $n=48$) e gastroin-

testinal (7.8%, $n=26$). A nível articular, fenotipicamente, observou-se poliartrite em 40.1% ($n=57$), monoartrite em 4.2% ($n=6$), artralguas em 60.6% ($n=86$) e espondiloartropatia axial (SpA) em 38.7% ($n=55$), sendo, esta, apenas 13.4% ($n=19$) radiográfica. Comparando com os restantes doentes, aqueles com envolvimento articular apresentaram maior prevalência de atingimento cutâneo (53.5% vs. 36.8%, $p=0.003$) e maior utilização de terapêutica biológica (28.2% vs. 4.7%, $p=0.001$), sendo o envolvimento articular responsável por 81.6% ($n=40$) dessas terapêuticas, particularmente nos doentes com SpA (58.2% vs. 9.2%, $p<0.001$). No subgrupo SpA observou-se menor prevalência de envolvimento cutâneo (40% vs. 62.1%, $p=0.015$) e neurológico (1.8% vs. 23%, $p<0.001$). Não se observaram outras diferenças significativas entre subgrupos quanto a género, idade de *onset*/diagnóstico ou outros envolvimento orgânicos. A genotipagem HLA foi realizada em 80.2% ($n=117$) dos doentes articulares, com prevalência de 35.9% para HLA-B51 e 12.8% para HLA-B27. Os doentes com SpA apresentaram maior positividade para HLA-B27 (22% vs. 6%, $p=0.022$); sem diferenças para HLA-B51.

Conclusão: O envolvimento articular foi frequente nesta coorte, incluindo um subgrupo relevante com SpA maioritariamente não radiográfica. Este subgrupo associou-se a maior positividade para HLA-B27 e maior necessidade de terapêutica biológica. Se tal reflete um fenótipo distinto ou uma sobreposição com o espectro das espondiloartropatias permanece incerto, em linha com a literatura.

CO 92

FIBRINOGÉNIO E O GENE DA METILTETRAHIDROFOLATO REDUTASE NO RISCO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Cátia A. Martins¹; Ana Célia Sousa¹; Alexandra Rodrigues²; Mónica Jardim¹; João Loja¹; Eduarda Moniz¹; Sofia Borges³; Graça Guerra³; Maria João Oliveira³; Ilídio Ornelas³; Sónia Freitas³; Mariana Rodrigues³; Eva Henriques³; Maria Isabel Mendonça³; Roberto Palma Dos Reis⁴

¹Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ²Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ³Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça (SESARAM, EPERAM); ⁴Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School

Introdução: As doenças cerebrovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC), figuram entre as principais causas de mortalidade em Portugal. O fibrinogénio está associado à aterosclerose e à doença cerebrovascular. A associação entre os polimorfismos do gene *metiltetraidrofolato redutase MTHFR* A1298C, *MTHFR* C677T e o AVC isquémico está documentada na literatura. No entanto, desconhece-se se existem efeitos sinérgicos entre o fibrinogénio e estes marcadores genéticos que induzam a maior risco de AVC.

Objetivo: Avaliar se existe sinergismo entre os polimorfismos *MTHFR* A1298C, *MTHFR* C677T e o fibrinogénio no risco de AVC isquémico.

Material e métodos: Seguidos 1390 indivíduos (74% do sexo masculino, com idade média de $52,2 \pm 8,3$ anos) durante um longo período de $7,2 \pm 5,2$ anos. Avaliámos os indivíduos que durante o período de seguimento, tiveram doença cerebrovascular isquémica, nomeadamente acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente vascular cerebral transitório (AIT). Todos os indivíduos colheram sangue para estudo bioquímico e genético (*MTHFR* A1298C, *MTHFR* C677T). Fizemos um estudo caso-controlo, comparando o grupo que teve AVC/AIT ($n=33$) com o que não teve (controles $n=1357$), em relação aos níveis séricos do fibrinogénio e aos polimorfismos genéticos *MTHFR* A1298C e *MTHFR* C677T. Avaliámos também os fatores de risco de doença cerebrovascular (FR-DCV) como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo. Foi feita uma curva ROC e calculado o ponto *cut-off* para o fibrinogénio em relação a ter AVC/AIT. Fizemos um modelo multivariado do fibrinogénio com FR-DCV e calculámos os hazard ratio (HR) em relação a ter AVC/AIT. Um modelo multivariado incluiu a interação dos genes com o fibrinogénio, ajustado também para os FR-DCV, para avaliar o efeito sinérgico entre o fibrinogénio (*cut-off* superior) e a junção dos alelos de risco dos polimorfismos estudados em relação a ter AVC/AIT e comparámos os dois modelos.

Resultados: O grupo com AVC/AIT tinha valores séricos mais elevados de fibrinogénio em relação ao grupo controlo ($p=0,035$). O ponto *cut-off* do fibrinogénio para risco de AVC/AIT foi de 369 mg/dL. O modelo multivariado do fibrinogénio, ajustado para os FR-DCV, revelou um HR de 2,513 (IC 95%: 1,164–5,428; $p=0,019$) para ocorrência de AVC/AIT. O tabagismo manteve-se como um preditor significativo, apresentando um HR de 3,039 (IC 95% 1,533–6,026; $p=0,001$). No segundo modelo, uma análise multivariada de Cox que integrou a interação entre o fibrinogénio e os polimorfismos genéticos estudados, ajustada para os FR-DCV, o HR aumentou para 2,852 (IC 95% 1,354–6,006; $p=0,006$). O tabagismo manteve-se na equação com HR de 2,957 (IC 95% 1,488–5,876; $p=0,002$).

Conclusões: De acordo com os resultados obtidos, o fibrinogénio revelou-se um preditor independente de risco de AVC/AIT. Contudo, quando associado aos alelos de risco dos *MTHFR* A1298C e *MTHFR* C677T, observa-se um aumento adicional do risco. Os indivíduos portadores destes alelos, que têm níveis elevados de fibrinogénio, beneficiam de uma monitorização clínica mais rigorosa, dada a sua maior suscetibilidade para AVC.

CO 93

RISCO NUTRICIONAL E PROGNÓSTICO EM DOENTES COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM ENFERMARIA DE MEDICINA

Beatriz Caldeira¹; Carlos Guimarães¹; Eduarda Leitão¹; Joana Almeida²; António Esteves²; Ricardo Marinho¹

¹Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António;

²Estudante

Introdução: A coexistência de obesidade e malnutrição, por vezes chamada “obesidade sarcopénica”, é uma situação clínica cada vez mais reconhecida na Medicina Interna, em particular na população hospitalizada e com múltiplas doenças crónicas. Esta combinação pode passar despercebida se o índice de massa corporal (IMC) for usado isoladamente para estimar a composição corporal, sendo este índice insuficiente para a avaliação do estado nutricional de um doente. De facto, o impacto do risco nutricional, avaliado pelo *Nutritional Risk Screening* (NRS-2002), nos *outcomes* de doentes com excesso de peso e obesidade permanece pouco definido.

Objetivo: Determinar a prevalência de risco nutricional em doentes com IMC ≥ 25 kg/m² internados em enfermarias de Medicina Interna e avaliar a sua relação com mortalidade intra-hospitalar, mortalidade a 1 ano e reinternamento aos 6 meses, ajustando para o Índice de Comorbidades de Charlson (ICC).

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, incluindo doentes com ≥ 18 anos e IMC ≥ 25 kg/m² internados no Serviço de Medicina Interna de um Hospital Universitário terciário, durante dois anos. Recolhidos dados quanto ao NRS-2002 à admissão, ICC ajustado à idade, data de óbito e reinternamento aos 6 meses. A associação entre o risco nutricional e a mortalidade intra-hospitalar foi avaliada por regressão logística multivariada, incluindo NRS-2002 (≥ 3 vs <3) e ICC ajustado à idade.

Resultados: Foram incluídos 220 doentes hospitalizados, que apresentavam IMC médio 29,6 kg/m² e ICC ajustado à idade médio 6,5. O risco nutricional estava presente em 35,0% destes doentes. Globalmente, a mortalidade intra-hospitalar foi 18,2%, a mortalidade a 1 ano 39,1% e o reinternamento aos 6 meses 26,4%. Comparando doentes sem risco nutricional (NRS <3 ; $n=143$) e com risco nutricional (NRS ≥ 3 ; $n=77$), o ICC ajustado à idade foi de 6,03 vs 7,48; a mortalidade intra-hospitalar de 9,8% vs 33,8%; a mortalidade a 1 ano de 28,0% vs 59,7%; e o reinternamento aos 6 meses de 29,4% vs 20,8%, respetivamente. Na análise de regressão logística, o risco nutricional associou-se de forma independente à mortalidade intra-hospitalar (OR 3,95; IC95% 1,88–8,33), tal como o ICC ajustado à idade (OR por ponto 1,15; IC95% 1,01–1,32).

Conclusão: Este estudo veio demonstrar que o risco nutricional (NRS-2002) é uma entidade frequente entre os doentes com excesso de peso e obesidade em

enfermarias de Medicina Interna, associando-se a uma maior carga de comorbilidade e a um aumento marcado da mortalidade intra-hospitalar e a 1 ano nesta subpopulação (IMC ≥ 25 kg/m²). Estes dados mostram que o excesso de peso não invalida a existência de malnutrição nem de pior prognóstico, e reforçam assim a necessidade premente de cumprir o rastreio nutricional sistemático em todos os doentes internados de forma a permitir uma intervenção precoce, tal como tem vindo a ser enfatizado pela European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).

CO 94

PROLONGAMENTO DO INTERVALO QT NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Diana Margarida Marques; Jéssica Marques; Daniela Mira; Yevhen Vinnichenko; Inês Sousa; Diana M. Ferreira; Adélia Simão; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A doença hepática crónica (DHC) afeta cerca de 1,5 bilhões de pessoas no mundo. Os doentes com DHC, independentemente da etiologia, têm alterações cardíacas, nomeadamente, prolongamento do intervalo QT. Este estudo pretendeu averiguar a existência de prolongamento do intervalo QT corrigido (QTc) na DHC descompensada, a sua correlação com a gravidade e com o prognóstico da mesma, bem como identificar fatores preditivos do prolongamento do intervalo QTc.

Material e métodos: Estudo piloto retrospectivo, descritivo e inferencial, em centro terciário, que incluiu adultos internados por episódio de descompensação de DHC no ano 2024, no Serviço de Medicina Interna. Em cada doente, foram avaliados os *scores* Meld-Na+ e Child-Pugh basais bem como os *scores* CLIF-C ACLF, SOFA, APACHE II e SAPS II em fase aguda, analisados os eletrocardiogramas (ECG) basal e na descompensação e calculado o QTc pela fórmula de Bazett. Efetuada análise de dados com SPSS versão 31.0, testes Wilcoxon, McNemar, Qui-Quadrado, correlação de Spearman e regressão logística, adotando um nível de significância de 5%.

Resultados: Foram identificados 263 doentes (330 episódios) tendo sido excluídos 201 doentes (263 episódios) por ausência de ECG, metastização hepática de neoplasia não primária do fígado, presença de alterações hidroeletrólíticas e/ou de fármacos com potencial de prolongamento do QTc. Da amostra definitiva, constituída por 62 doentes, 79,1% eram do sexo masculino sendo a idade média de $68,2 \pm 12,3$ anos. A mediana do QTc foi superior ($p < 0,05$) na descompensação comparativamente ao basal, em todas as derivações, à exceção de DII ($p = 0,19$), aVF ($p = 0,50$) e V5 ($p = 0,17$). A proporção de doentes com QTc prolongado diferiu,

entre o basal e a descompensação, nas derivações DII ($p = 0,02$), DIII ($p = 0,01$), V1 ($p = 0,01$) e V3 ($p = 0,01$). Na derivação DII, identificou-se associação entre o prolongamento do QTc e a gravidade da descompensação da DHC pelo *score* SOFA ($r^2 = 0,01$). Não se constatou associação do prolongamento do QTc com a mortalidade. Na derivação DII, a infeção que não peritonite bacteriana espontânea como etiologia de descompensação da DHC foi preditiva do prolongamento do QTc ($p = 0,01$). **Conclusões:** A DHC descompensada causa prolongamento do QTc, o que muitas vezes não é identificado ou valorizado na prática clínica, apesar da facilidade de realização do ECG. O prolongamento do QTc, na derivação DII, associa-se a um pior *score* SOFA. É ainda notória uma tendência de associação entre o prolongamento do QTc e o prognóstico, embora não estatisticamente significativa. Assim, o ECG poderá ser uma ferramenta preditiva da gravidade da descompensação da DHC e talvez até de prognóstico, de fácil acesso, sendo necessários estudos futuros com amostras mais representativas da população.

CO 95

OPORTUNIDADES (PERDIDAS) DE TRANSIÇÃO/SWITCH EV-ORAL EM MEDICINA INTERNA

Catarina Morete Cabrita¹; Hélio Conceição²; Tiago Lopes²; Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A antibioterapia endovenosa (EV) mantém um papel central no tratamento de infeções em doentes hospitalizados. Em doentes clinicamente estáveis e com tolerância da via entérica, a transição para antibioterapia oral constitui uma estratégia segura e eficaz, com redução de complicações relacionadas com acessos venosos, duração do internamento e custos em saúde. Apesar da evidência e das recomendações dos programas de otimização da antibioterapia, a via EV é frequentemente mantida para além do período clinicamente necessário. Este estudo teve como Objetivo caracterizar a utilização de antibioterapia num serviço de Medicina Interna e identificar oportunidades de transição da via EV para oral.

Material e métodos: Realizou-se um estudo transversal de um dia, incluindo todos os doentes internados sob responsabilidade da Medicina Interna. Os dados foram obtidos através do processo clínico eletrónico, incluindo variáveis demográficas, foco infeccioso, antibioterapia prescrita, via de administração, resultados microbiológicos e parâmetros clínicos de estabilidade. A elegibilidade para transição EV-oral foi avaliada segundo critérios clínicos correntes: estabilidade hemodinâmica, apirexia nas 24 horas prévias, melhoria clínica e possibilidade de utilização da via entérica.

Resultados: Foram avaliados 93 doentes, dos quais 37 (39,8%) se encontravam sob antibioterapia. A idade

média foi de 80,8 anos (62,2% do sexo masculino). A infecção era de origem comunitária em 62,2% dos casos e nosocomial em 32,4%. Os focos infecciosos mais frequentes foram o respiratório (37,8%) e o urinário (27,0%). A antibioterapia foi instituída empiricamente em 86,5% dos casos e apenas 21,6% dispunham de resultados microbiológicos com teste de sensibilidade. Apesar da idade avançada da população estudada, 78,4% dos doentes encontravam-se apiréticos nas 24 horas anteriores, 97,3% apresentavam estabilidade hemodinâmica e 86,5% tinham via entérica disponível. Dos doentes sob antibioterapia EV, 21 (56,8%) tinham alternativa oral disponível e 13 (35,1%) reuniam critérios clínicos para transição. Em 10 doentes verificavam-se ambas as condições, com oportunidade de *switch* EV–oral. Ainda assim, a transição foi realizada apenas num caso, correspondendo a 10% dos doentes elegíveis. Estimaram-se 42 dias de antibioterapia EV potencialmente evitáveis, correspondendo a 18,7% dos 225 dias totais de antibioterapia EV registados.

Conclusão: Neste estudo, a baixa taxa de transição da antibioterapia EV para oral não pareceu relacionar-se com a idade avançada da população internada, uma vez que a maioria dos doentes apresentava estabilidade clínica e condições para terapêutica por via oral. Os resultados sugerem margem para melhoria na avaliação sistemática da via de administração e na integração de estratégias de otimização da antibioterapia na prática clínica, reforçando o papel dos programas de antimicrobial stewardship na promoção de uma utilização mais racional dos antimicrobianos.

CO 96

FINERENONA PARA TODOS, TODOS, TODOS

Diogo Borges¹; Pedro Fialho²; Sara Barreto¹; Cristina Vilela¹

¹Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal; ²Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A Doença Renal Crónica (DRC) não diabética representa um desafio terapêutico significativo, com opções limitadas para retardar a progressão da doença. A finerenona, um antagonista não esteroide do recetor mineralocorticoide, demonstrou benefícios cardiovasculares e renais em doentes com DRC e diabetes tipo 2. No entanto, a evidência da sua eficácia em doentes com DRC de etiologia não diabética permanece limitada, particularmente no que respeita à redução da proteinúria. A hipercaliemia constitui uma preocupação de segurança relevante com esta classe terapêutica.

Objetivos: Pretendeu-se avaliar a eficácia da finerenona na redução da proteinúria em doentes com DRC de etiologia não diabética. Foi ainda analisado o impacto desta terapêutica nos níveis séricos de potássio durante o período de seguimento.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, tendo como amostra os doentes com DRC não dia-

bética com prescrição ativa de finerenona na farmácia hospitalar. Os dados foram colhidos através do SClínico e a análise estatística feita com SPSS. As variáveis contínuas foram expressas como média±desvio-padrão e as variáveis categóricas foram expressas como valores absolutos e percentagens; comparações foram feitas com o Teste T. Valores de $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Neste estudo foram incluídos 23 doentes, cuja média de idades era de $68,5 \pm 11,2$ anos, sendo a maioria 65,2% do género masculino. Verificou-se uma redução média da proteinúria de $2,3 \pm 0,8$ g/dia no período basal para $1,6 \pm 0,6$ g/dia após o início da terapêutica com finerenona ($p > 0.05$). Relativamente aos níveis séricos de potássio, observou-se um aumento médio de $4,3 \pm 0,3$ mmol/L para $4,7 \pm 0,4$ mmol/L ($p > 0.05$). Não foram registados episódios de hipercaliemia grave que motivassem a suspensão da terapêutica ou internamento hospitalar.

Discussão: Verificou-se uma redução clinicamente significativa da proteinúria nos doentes com DRC não diabética tratados com finerenona. O aumento moderado dos níveis de potássio observado é concordante com o perfil de segurança conhecido da finerenona, refletindo o seu mecanismo de ação como antagonista do recetor mineralocorticoide. A ausência de episódios graves de hipercaliemia sugere que, com monitorização adequada, a finerenona pode ser utilizada de forma segura nesta população. A dimensão reduzida da amostra constitui uma limitação, mas os resultados apontam para um benefício potencial da finerenona na redução da proteinúria em doentes com DRC não diabética.

Conclusão: A finerenona demonstrou eficácia na redução da proteinúria em doentes com DRC não diabética, com um perfil de segurança aceitável no que respeita à hipercaliemia. Estes resultados sugerem que a finerenona poderá constituir uma ferramenta terapêutica útil nesta população, aguardando-se a confirmação destes achados em estudos prospetivos de maior dimensão.

CO 97

OCORRÊNCIA DE NEOPLASIA APÓS UM PRIMEIRO EVENTO CEREBROVASCULAR: UM ESTUDO NUM HOSPITAL PORTUGUÊS

Catarina Tavares Valente¹; Joana Dias Maia¹; Raquel Saraiva Figueiredo¹; Carla Sofia Santos¹; Fábio Salgueiro²; Sónia Coelho¹; João Correia¹

¹Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; ²IPO Coimbra

Introdução: A associação entre doenças cerebrovasculares (CV) e neoplasia é crescentemente reconhecida. Doentes com neoplasia têm risco aumentado de doenças CV, em parte por mecanismos pró-trombóticos. A relação inversa do desenvolvimento de neoplasia após evento CV é menos estudada (incidência 2-12%). O Objetivo do estudo foi determinar a prevalência de

neoplasia após um primeiro evento CV, compará-la com a da população geral e identificar características que permitam reconhecer um perfil de risco acrescido de desenvolvimento de neoplasia, permitindo a prevenção e detecção precoce.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes seguidos em consulta de acidente vascular cerebral entre 2021 e 2024. Foi estudada uma coorte de 208 doentes e analisados dados demográficos, características do evento CV (isquémico/hemorragico/acidente isquémico transitório/trombose venosa cerebral), comorbilidades, hábitos tabágicos e etílicos, e características da neoplasia (origem, estadiário, tempo entre o evento-diagnóstico). A análise descritiva e estatística foi realizada no programa IBM SPSS, versão 29.0 SPSS.

Resultados: Catorze doentes desenvolveram neoplasia após o primeiro evento CV (6,7%; IC95% 4,1–11,0%), prevalência significativamente superior à população geral (IARC 2022, ~3,2%, $p=0,004$). Os doentes com neoplasia eram na maioria do sexo masculino (71,4%), com idade mediana de 78 anos. Não se verificaram diferenças significativas no tipo de evento CV ($p=0,925$). Os tumores mais frequentes foram de origem gastrointestinal/hepatobiliar ($n=3$), cutânea ($n=2$), pulmonar ($n=2$) e hematológica ($n=2$). O tempo mediano entre o evento CV e o diagnóstico oncológico foi 1,79 anos. Na análise univariada associaram-se significativamente à neoplasia: tabagismo (OR=3,94; IC95% 1,28–12,16; $p=0,022$), etilismo (OR=4,10; IC95% 1,33–12,66; $p=0,019$) e idade (OR=1,04/ano; IC95% 1,02–1,06; $p<0,001$). Na regressão logística multivariada, o tabagismo (OR=8,47; IC95% 1,79–40,15; $p=0,007$) e a idade (OR=1,09/ano; IC95% 1,05–1,13; $p<0,001$) mantiveram-se fatores independentes após ajuste para as restantes variáveis. A mortalidade foi significativamente superior no grupo com neoplasia (35,7% vs 11,7%; OR=4,21; IC95% 1,23–14,35; $p=0,029$).

Conclusões: A prevalência de neoplasia após o primeiro evento CV foi superior à da população geral. Concorde com a literatura, não se observaram diferenças na distribuição do tipo de evento CV entre os doentes com e sem neoplasia. O tumor mais frequente foi de origem gastrointestinal, em linha com a literatura. O tempo mediano até ao diagnóstico foi inferior ao reportado em coortes populacionais (3,2 anos). Tabagismo e idade avançada foram fatores independentemente associados após o evento, compatível com a literatura que identifica estas variáveis como fator de risco para cancro após evento CV. Estes resultados sugerem um alerta superior para patologia oncológica nesta população, no entanto são necessários mais estudos para avaliar o custo-benefício do rastreio e vigilância oncológica a longo prazo nestes doentes.

CO 98

IMPACTO DO RISCO NUTRICIONAL E COMORBILIDADES NOS OUTCOMES CLÍNICOS DE DOENTES INTERNADOS

Beatriz Caldeira; Rita Monteiro; Aníbal Marinho;

João A Correia; Marisa D Santos; Ricardo Marinho

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A população internada em enfermarias de Medicina Interna é caracteristicamente envelhecida e frágil, com múltiplas patologias crónicas frequentemente relacionadas com estados de malnutrição, o que por sua vez se associa a maior mortalidade, reinternamentos e utilização de recursos de saúde. O rastreio nutricional sistemático à admissão hospitalar através do *Nutritional Risk Screening* (NRS-2002) é recomendado pela Direção Geral da Saúde, mas a sua relação com os *outcomes* clínicos e a comorbilidade global em enfermarias portuguesas permanece pouco estudada. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, de janeiro de 2022 a dezembro de 2023, incluindo doentes consecutivamente internados no Serviço de Medicina Interna de um Hospital Universitário terciário. Recolhidos dados demográficos, reinternamento aos 6 meses, mortalidade intra-hospitalar e a 1 ano. O NRS-2002 à admissão e o Índice de Comorbilidade de Charlson ajustado à idade (ICCI) foram tidos como variáveis independentes na análise por regressão logística multivariada da associação entre risco nutricional e mortalidade.

Resultados: Foram incluídos 525 doentes, 52,6% do sexo feminino, idade média $77,5 \pm 14,0$ anos, e ICCI médio $6,5 \pm 2,8$. À admissão, 41,0% desta população apresentava risco nutricional (NRS-2002 ≥ 3). Globalmente, a mortalidade intra-hospitalar foi de 17,0%, a mortalidade a 1 ano de 41,0% e o reinternamento aos 6 meses de 28,6%. Comparando doentes sem risco nutricional ($n=310$) e doentes com risco nutricional ($n=215$), o ICCI foi de 6,16 vs 6,94; a mortalidade intra-hospitalar 10,6% vs 26,0%; a mortalidade a 1 ano 31,0% vs 55,3%; e o reinternamento aos 6 meses 31,6% vs 24,2%, respetivamente. Na regressão logística, o risco nutricional associou-se de forma estatisticamente significativa e independente à mortalidade intra-hospitalar (OR 2,68; IC95% 1,66–4,34), tal como o ICCI (OR por ponto 1,20; IC95% 1,10–1,31).

Conclusão: Na coorte avaliada, foi possível verificar que o risco nutricional à admissão em Medicina Interna, estabelecido pelo NRS-2002, se encontra associado a maior carga de comorbilidade (ICCI) e mortalidade – tanto intra-hospitalar como a 1 ano, independentemente da comorbilidade. A elevada mortalidade a 1 ano e a taxa substancial de reinternamento aos 6 meses realçam o impacto prolongado do risco nutricional nesta população. Estes resultados reforçam a importância de integrar o rastreio nutricional e o ICCI na estratificação de risco e na priorização de intervenções nutricionais precoces em Medicina Interna.

CO 99

VIDEOENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NA SUSPEITA DE HEMORRAGIA DO INTESTINO DELGADO EM INTERNAMENTO

Joana Melo De Carvalho; Filipa Gomes Da Costa;
Rui Marques Costa; Natália Marto; Julieta Félix;
Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A videoenteroscopia por cápsula foi introduzida na prática clínica no início dos anos 2000, assumindo-se atualmente como exame de primeira linha na suspeita de hemorragia do intestino delgado, nomeadamente após a realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, inconclusivas quanto à etiologia da mesma. Este exame possibilita a visualização completa do intestino delgado em 79–90%, apresentando um rendimento diagnóstico de 55–62% e condicionando modificação da terapêutica médica ou intervenção endoscópica/cirúrgica em 37–87% dos casos. Entre as suas principais limitações destacam-se a impossibilidade de intervenção terapêutica, a dependência de adequada preparação intestinal e o risco de retenção da cápsula.

Objetivos do estudo: Os Objetivos primários foram avaliar o rendimento diagnóstico e determinar o impacto na estratégia terapêutica da videoenteroscopia por cápsula em doentes internados. Como Objetivos secundários, procurou-se caracterizar as indicações para o exame, avaliar a taxa de exames com visualização completa do intestino delgado e analisar a segurança do procedimento.

Material e métodos: Realizámos um estudo observacional retrospectivo no nosso hospital, incluindo todas as videoenteroscopias por cápsula realizadas em contexto de internamento entre julho de 2022 e janeiro de 2026. Os dados foram obtidos a partir da consulta dos processos clínicos eletrónicos.

Resultados: Foram analisadas 49 videoenteroscopias por cápsula: 38,8% por anemia ferropénica de etiologia a esclarecer e 61,2% por hemorragia digestiva manifesta. A população apresentou uma média de idades de 72,1 anos (Desvio padrão (DP) 14,8 anos), com 60% do sexo feminino; 20,4% encontravam-se sob terapêutica antiagregante plaquetar e 48% sob terapêutica anticoagulante. A hemoglobina média à data do procedimento foi 8,2 g/dL (DP 1,6 g/dL), sendo que os casos de hemorragia manifesta apresentaram uma duração média de 26,2 dias (DP 66,3 dias). Verificou-se visualização completa do intestino delgado em 89,8% dos casos. O rendimento diagnóstico global foi 57,1% (52,6% em anemia ferropénica; 60% em hemorragia digestiva manifesta), conduzindo à alteração terapêutica em 46,9% dos casos (36,8% em anemia ferropénica; 53,3% em hemorragia digestiva manifesta). Em 6,1% dos casos foi necessária confirmação da expulsão da cápsula por exames imagiológicos, sem registo de retenção.

Conclusão: A videoenteroscopia por cápsula revelou-se um meio de diagnóstico eficaz e seguro na investigação de hemorragia digestiva em doentes internados. Verificámos um rendimento diagnóstico e impacto terapêutico comparáveis à literatura, sendo superior nos casos de hemorragia intestinal manifesta. Estes resultados reforçam o seu papel como exame de primeira linha na avaliação da suspeita de hemorragia do intestino delgado em contexto hospitalar.

CO 100

SEGURANÇA DOS ANTIRRETROVIRAIS INJETÁVEIS: DADOS DE VIDA REAL

Manuela Sousa; Liliana Pedro; Raquel Pinho; Manuela Simão;
Diana Guedes; Paula Campos

ULS Algarve

Introdução: e Objetivos: Os antirretrovirais injetáveis de longa duração, Cabotegravir (CAB) e Rilpivirina (RPV), são classificados pela Agência Europeia do Medicamento como *medicamentos sujeitos a monitorização adicional*, justificando vigilância reforçada do seu perfil de segurança em contexto de vida real. A introdução de CAB, uma molécula inovadora, na terapêutica da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), reforça a importância da farmacovigilância ativa para a deteção precoce e avaliação sistemática de Reações Adversas a Medicamentos (RAM).

Classifica-se como RAM grave aquela que satisfazer um dos seguintes critérios: fatalidade, ameaça à vida, hospitalização, incapacidade, anomalia congénita, ou ser clinicamente importante (causando perturbação na rotina/função diária do doente).

Este estudo visa avaliar a frequência e a gravidade das RAM associadas à terapêutica antirretroviral (TARV) injetável com CAB/RPV em doentes seguidos numa Unidade Local de Saúde, desde a sua implementação, a 8 de outubro de 2024, até 28 de fevereiro de 2026.

Materiais e métodos: Todos os doentes elegíveis para TARV injetável foram encaminhados para a consulta farmacêutica, onde foi obtido consentimento informado. A monitorização foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado referente às administrações das semanas 0, 4, 12 e 20. As respostas foram analisadas em Excel. Todas as RAMs detetadas foram notificadas ao Sistema Nacional de Farmacovigilância.

Resultados: Até 28 de fevereiro de 2026, 82 doentes (76% homens, idade média 44,8 anos) receberam pelo menos uma toma de CAB/RPV. Foram administradas 380 doses, originando 178 questionários válidos, e a identificação de 152 RAMs. Registaram-se 144 RAMs locais em 68 doentes, sobretudo dor/desconforto no local de injeção (CAB: 125; RPV: 124). Foram identificadas 74 RAM sistémicas em 49 doentes destacando-se fadiga (24), mialgias (21), pirexia (19), cefaleias (19), e mal-estar geral (17). Não foram identificadas reações de hipersensibilidade.

Das 152 RAM identificadas, 24 foram classificadas como graves do tipo clinicamente importante, afetando 21 doentes, todas com evolução para cura.

Apenas 4 doentes (5%) realizaram *switch* por RAM; um *switch* adicional ocorreu por limitações logísticas do doente, e 2 doentes foram transferidos para outros hospitais.

Conclusões: Os dados de farmacovigilância obtidos em contexto de vida real evidenciam que a TARV injetável apresenta um perfil de segurança globalmente favorável. A reduzida incidência de RAM graves reforça este achado e traduz-se numa elevada taxa de persistência neste esquema (94%). Estes resultados demonstram o contributo decisivo da farmacovigilância ativa para fortalecer a confiança clínica na implementação segura desta estratégia terapêutica.

A TARV injetável constitui um avanço relevante na gestão do VIH, oferecendo uma alternativa eficaz com potencial para melhorar a adesão, reduzir o estigma associado ao tratamento, e promover ganhos significativos na qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH.

CO 101

CARACTERIZAÇÃO DOS INTERNAMENTOS POR EVENTOS ADVERSOS EM DOENTES SOB PEMBROLIZUMAB

Filipa Gomes Da Costa; Joana Melo De Carvalho; Rita Pereira Neto; Margarida Proença; Natália Marto; Maria Nazaré Rosado; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: O Pembrolizumab é um inibidor do *checkpoint* imunológico anti-PD-1, com destaque crescente no tratamento de neoplasias sólidas e hematológicas. Apesar do benefício terapêutico, associa-se a eventos adversos potencialmente graves. A sua utilização crescente traduz-se num aumento do número de doentes observados nos serviços de Medicina Interna por complicações associadas a esta terapêutica.

Objetivo: analisar os internamentos por eventos adversos em doentes tratados com pembrolizumab.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo, incluindo todos os doentes tratados com pembrolizumab entre Janeiro de 2016 e Janeiro de 2026. Foram identificados os doentes internados nesse período, no nosso hospital, por evento adverso associado ao pembrolizumab. Procedeu-se à recolha de dados demográficos, neoplasia subjacente e tipo de evento adverso, com base na consulta dos processos clínicos eletrónicos. Realizou-se análise estatística descritiva.

Resultados: Entre janeiro de 2016 e janeiro de 2026, foram tratados 170 doentes com pembrolizumab, dos quais 24 (13,5%) foram internados no nosso hospital por evento adverso associado ao pembrolizumab. A idade média dos doentes internados foi de 67 anos e 54% eram do género feminino. Dos internamentos,

seis (25%) ocorreram por progressão de doença (3,5% do total tratado), enquanto dezoito (75%) ocorreram por reação adversa, correspondendo a 10,6% do total de doentes tratados. Entre os internamentos por reação adversa, os mais frequentes foram por pneumonia (25%, n=6) e colite (25%, n=6), seguidos de hepatite (12,5%, n=3), polimiosite (8,3%, n=2) e pancreatite autoimune com cetoacidose diabética (8,3%, n=2). Registaram-se ainda casos isolados de anemia hemolítica autoimune, hipofisite e trombose venosa profunda (4,2% cada). Relativamente à gravidade, 72% dos efeitos adversos foram classificados como grau ≥ 3 CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events), correspondendo a formas clinicamente graves. Considerando o total de doentes tratados e a amostra de doentes analisada, a incidência de pneumonia foi de 3,5%, colite 3,5% e hepatite 1,8%.

Conclusões: As reações adversas imunomediadas constituíram a principal causa de internamento em doentes sob pembrolizumab internados no nosso hospital, por evento adverso. A maioria das reações adversas apresentou gravidade elevada. A incidência observada foi globalmente comparável à descrita no Resumo das Características do Medicamento (RCM), embora com maior proporção de colite e hepatite. Estes resultados, no contexto da população estudada, reforçam a importância do reconhecimento precoce dos efeitos adversos imunomediados e do papel da Medicina Interna na sua abordagem hospitalar.

CO 102

POSITIVE AGEING: A NEW PERSPECTIVE ON AGEING THROUGH A LIFELONG INTEGRATED CARE APPROACH

Sofia Duque¹; Luis Agüera Ortiz²; Demirhan Diraçoglu³; Gianni Franco⁴; Yves Henrotin⁵

¹Hospital CUF Descobertas; ²Department of Psychiatry, Instituto de Investigación Sanitaria (imas¹²), Hospital Universitario ¹² de Octubre, & Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain.; ³Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey.; ⁴Neurologist, Collaborator University of Liège, Belgian Brain Council, Non-Pharmacological Intervention Society, Belgium; ⁵MusculoSkeletal Innovative Research Lab, Department of Physical Activity and Rehabilitation Sciences Center for Interdisciplinary Research on Medicines, University of Liège, Liège, Belgium

Background: Population ageing is a major global challenge and opportunity. Although life expectancy has increased, ensuring that longer lives are lived with health, dignity, and participation requires new approaches. The concept of Positive Ageing proposes a proactive, holistic, life-course strategy aimed at maintaining intrinsic capacity and functional ability across physical, cognitive, psychological, and social domains. The Multidisciplinary International Positive Ageing Group (MIPAG) builds on the World Health Organization Integrated Care for Older People (ICOPE) framework,

extending its scope to earlier life stages in order to promote resilience and prevent decline before old age. **Objectives:** To develop a conceptual framework for Positive Ageing, identify barriers and enablers, propose a lifelong integrated care model, define research priorities, and review available tools for assessing intrinsic capacity.

Methods: A multidisciplinary expert panel (MIPAG), including specialists in geriatrics, rehabilitation, psychiatry, neurology, nutrition, and preventive medicine, conducted a structured consensus process. The methodology combined on-site expert meetings, multidisciplinary workshops, and online discussions to define guiding principles, organise research activities, and validate results.

Results: Four main activities were completed.

1. Mapping of barriers and enablers of Positive Ageing identified 70 barriers, including ageism, social inequalities, limited access to healthcare, and digital exclusion, and 64 enablers, such as multidisciplinary care, supportive environments, equitable policies, and technological tools. Determinants were organised according to intrinsic capacity domains, highlighting the interaction between individual and societal factors.

2. A "Lifelong Integrated Care for Positive Ageing" model was developed, extending the ICOPE approach to younger and midlife populations. Twenty-six interventions across locomotor, sensory, cognitive, psychological, and vitality domains were proposed, including physical activity, nutrition, early screening, mental health support, social participation, personalised care, and digital health strategies.

3. A research agenda was defined, prioritising early frailty detection, AI-supported ageing, improved communication strategies, and the development of locally adapted guidelines and infrastructures.

4. A scoping review identified 27 tools for assessing intrinsic capacity, evaluated by experts for scientific validity, clinical relevance, usability in clinical practice, feasibility for self-assessment, and applicability in individuals younger than 60 years.

An ongoing multidisciplinary study is guiding the development of a tool to assess intrinsic capacity in midlife, supporting early detection and preventive interventions.

Conclusions: The MIPAG "Lifelong Integrated Care for Positive Ageing" model recognises the interaction between biological, psychological, functional, and social determinants of ageing. Extending the ICOPE framework upstream supports early preparation for ageing, promotes resilience, and provides practical guidance for healthcare systems, policy makers, and community interventions. This work contributes to clarifying the foundations of Positive Ageing and supports the development of strategies that promote well-being from midlife onwards, reframing ageing as a lifelong adaptive process rather than late-life decline.

CO 103

SINERGISMO ENTRE O FIBRINOGENIO E O POLIMORFISMO ECA I/D NO RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

Alexandra S. Rodrigues¹; Ana Célia Sousa¹; Elisa Caldeira¹; Mónica Jardim¹; Carolina Olim¹; Cláudia Sousa¹; Vasco Nunes¹; Mariana Rodrigues²; Sónia Freitas²; Eva Henriques²; Ana Cardoso²; Sofia Borges²; Maria João Oliveira²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ²Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça (SESARAM, EPERAM); ³Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School

Introdução: Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que níveis séricos elevados de fibrinogénio estão associados a um aumento do risco de doença cardiovascular (DCV). De igual modo, evidência científica tem apontado para uma associação entre o polimorfismo I/D do gene da enzima de conversão da angiotensina (ECA I/D) e a DCV. No entanto, permanece desconhecido se existe um efeito sinérgico entre os níveis de fibrinogénio e o polimorfismo I/D do gene da ECA que contribua para um aumento do risco de DCV.

Objetivo: O presente estudo tem como Objetivo avaliar se existe interação entre o polimorfismo ECA I/D e os níveis de fibrinogénio no risco de DCV.

Métodos: Uma amostra de 1390 indivíduos (74% do sexo masculino, idade média de 52,2±8,3 anos), sem DCV diagnosticada à entrada no estudo, foram seguidos durante 7,2±5,2 anos. Estudámos a ocorrência de DCV (enfarte agudo do miocárdio, doença coronária, acidente vascular cerebral, acidente vascular cerebral transitório e doença arterial periférica), durante o período de seguimento destes indivíduos. Foram avaliadas variáveis demográficas, bioquímicas, factores de risco para doença cardiovascular (FR-DCV) como (diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo) e o polimorfismo genético ECA I/D. Um estudo caso-controlo comparou o grupo que teve DCV durante o seguimento (n=61), com os que não tiveram (controles n=1329), em relação aos níveis de fibrinogénio e aos genótipos do polimorfismo I/D do gene da ECA. Fizemos uma curva ROC e calculámos o *cut-off* do fibrinogénio em relação a ter DCV. Fizemos um modelo de análise multivariada de Cox do fibrinogénio com FR-DCV e calculámos os hazard ratio (HR) em relação a ter DCV. Posteriormente foi efetuado um segundo modelo, com uma análise multivariada de Cox, com a inclusão de um termo de interação entre os níveis de fibrinogénio e os portadores dos alelos de risco (genótipos ID e DD), ajustado para os FR-DCV, para avaliar o efeito sinérgico em relação a ter DCV. Comparou-se posteriormente os dois modelos.

Resultados: Foram obtidas diferenças significativas entre os grupos, com DCV e controles em relação aos níveis séricos de fibrinogénio (p=0,035). O ponto *cut-off* para o fibrinogénio em relação a ter DCV foi de

416 mg/dl. No primeiro modelo de análise de regressão multivariada, ajustada para FR-DCV, as variáveis que permaneceram na equação foram: o fibrinogénio (HR=2,358, IC 95% 1,415-3,928; $p=0,001$), o tabagismo (HR=3,080, IC 95% 1,847-5,138; $p<0,0001$) e a hipertensão arterial (HR=2,484, IC 95% 1,449-4,258; $p=0,001$), que se associam de forma significativa e independente à DCV. No segundo modelo, a interação do fibrinogénio e o modelo dominante para o alelo D, ajustada para outros FR-DCV, houve um aumento do risco para 2,588 (IC 95% 1,549-4,325; $p<0,0001$). Permaneceu no modelo o tabagismo (HR=3,029, IC 95% 1,816-5,051; $p<0,0001$) e a hipertensão arterial (HR=2,451, IC 95% 1,429-4,204; $p=0,001$).

Conclusões: Com o presente trabalho, demonstrámos que, na nossa população, níveis elevados de fibrinogénio estão associados a um maior risco de DCV. Adicionalmente, observou-se que indivíduos portadores do alelo D do polimorfismo I/D do gene da ECA e com níveis plasmáticos elevados de fibrinogénio apresentam um risco ainda superior. Estes achados reforçam a importância da identificação precoce destes indivíduos, podendo justificar uma abordagem preventiva mais intensiva nesta subpopulação.

CO 104

GDF-15 –BIOMARCADOR EMERGENTE NO PROGNÓSTICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA? RESULTADOS DO ESTUDO ROAD-HF

Mário Barbosa¹; Ana Melício²; Andreia Matos³; Cristina Vaz Carneiro²; Manuel Bicho⁴; Luiz Menezes Falcão⁴
¹Lusíadas - Hospital Lusíadas Lisboa; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ³Instituto de Saúde Ambiental -ISAMB, Laboratório Associado TERRA; ⁴Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) continua a ser a principal causa de internamento na Europa e nos Estados Unidos da América apesar de se ter assistido a um declínio das respetivas taxas.

A premência da identificação precoce de indicadores de risco tem despoletado um interesse crescente em biomarcadores relacionados com os mecanismos fisiopatológicos da IC.

O *growth differentiation factor 15* (GDF-15) é uma citocina de *stress* produzida em resposta a lesão do miocárdio, nomeadamente a IC.

Importa estudar este biomarcador emergente porque promove a remodelagem cardíaca através da indução da fibrose e pelo facto de ter sido estudado, essencialmente, na IC crónica, sendo a evidência sobre a IC descompensada escassa.

Objetivo: O estudo “*The Role Of Myocardial Fibrosis And Bioenergetic Dysfunction In Heart Failure Prognosis*” (ROAD-HF) pretende estratificar o prognóstico a curto prazo dos doentes internados por IC descompensada em classe III ou IV da *New York Heart Association* (NYHA) com base em biomarcadores de fibrose mio-

cárdica e de disfunção bioenergética.

O prognóstico foi avaliado através da readmissão por IC e mortalidade global precoces (até 90 dias após a alta) e pela readmissão por IC e mortalidade global anuais. Apresentamos os resultados obtidos a partir do estudo do biomarcador de fibrose GDF-15.

Material e métodos: Trata-se de um estudo de coorte prospetivo observacional, unicêntrico, com uma amostra de 128 doentes dividida equitativamente em dois braços [fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) $> 40\%$ e $\leq 40\%$].

O GDF-15 foi determinado através de um imunoensaio de eletroquimioluminescência utilizando kits *Elecsys® Roche Diagnostics, GmbH, Mannheim, Germany*.

Foi efetuada uma análise de sobrevivência para cada um dos Objetivos utilizando curvas de Kaplan Meier. Aplicou-se a comparação de médias usando o teste de Wilcoxon e o modelo de regressão de Cox (ajustado para a classe da NYHA) com o Objetivo de minimizar potenciais vieses. A significância estatística foi definida como valor de $p < 0.05$.

Resultados: Efetuou-se seguimento de um ano. A mediana de idades foi de 83.5 [78.0-88.0] anos, 52.3% pertenciam ao sexo masculino.

Do total dos doentes, 20.3% tiveram reinternamento precoce, 31.8 % reinternamento anual, 10.2 % mortalidade precoce e 25 % mortalidade anual.

Com base no valor mediano de GDF-15 da população geral, concentrações superiores a 4290.5 ng/L integraram o grupo com valores considerados mais elevados.

Os valores de GDF-15 correlacionaram-se com os de NT-proBNP ($R= 0.28$, $p= 0.0016$).

Valores elevados de GDF-15 correlacionaram-se com o Objetivo composto reinternamento ou mortalidade precoces ($p=0.0097$), e com cada um destes Objetivos isoladamente [reinternamento precoce ($p=0.016$) e mortalidade precoce ($p=0.038$)].

Conclusão: Os resultados obtidos sugerem que o GDF-15 poderá ser um preditor de mau prognóstico na IC, nomeadamente de reinternamento e mortalidade precoces.

CO 105

CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: IMPACTO NOS INTERNAMENTOS E CARGA ASSISTENCIAL

Maria Eduarda Moniz; Cláudia Sousa; Luís Ramos Santos; Catarina Neto; Bela Machado; Carolina Gouveia; Manuela Lélis; Teresa Faria
Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa responsável por elevadas taxas de hospitalizações e de mortalidade. O seguimento em consultas especializadas de IC tem sido associado a melhorias dos *outcomes* clínicos, conduzindo sobretu-

do a uma redução de descompensações e hospitalizações em doentes com IC.

Este estudo foi desenhado com o Objetivo de avaliar a influência do seguimento de doentes com IC numa consulta especializada, gerida por internistas, no número de idas ao Serviço de Urgência (SU) por IC, de hospitalizações por IC e por todas as causas, bem como na duração das hospitalizações por IC após 1 ano de acompanhamento.

Material e métodos: Este estudo retrospectivo incluiu uma amostra de 198 doentes seguidos durante 1 ano numa consulta especializada de IC. A recolha e análise estatística dos dados foram realizadas utilizando o Microsoft Excel®.

Resultados: A idade média era de 72,2 anos e 59,1% eram do sexo masculino. 71,2% tinham hipertensão arterial, 49,5% fibrilhação auricular, 38,9% doença renal crónica, 36,4% obesidade, 34,8% diabetes mellitus, 29,8% anemia, 27,3% ferropénia, e 17,7% doença pulmonar obstrutiva crónica. As principais etiologias da IC foram a isquémica (26,8%), a hipertensiva (19,7%), a alcoólica (16,7%) e a arritmica (13,1%). De acordo com a classificação da *New York Heart Association*, 47% encontravam-se no estadio II, 31,3% no estadio I e 20,7% no estadio III. O NT-proBNP médio à admissão era de 2691 pg/mL.

Após 1 ano de seguimento, verificou-se uma redução de 73,9% nos internamentos por IC ($p<0,001$) e de 57,3% nos internamentos por todas as causas ($p<0,001$). Observou-se igualmente uma redução de 59,7% nas idas ao SU por IC ($p<0,001$). Adicionalmente, verificou-se uma redução de 76,9% na duração total de internamento por IC (1889 vs. 437 dias) e a duração média por internamento diminuiu de 10,5 para 9,3 dias após o início do seguimento. Durante este período, 10 doentes recorreram ao hospital de dia para realização de terapêutica endovenosa descongestiva.

Conclusões: O seguimento em consulta especializada de IC associou-se a uma redução significativa dos internamentos por IC e por todas as causas, bem como das idas ao SU por IC e da duração total de internamento por IC. Estes resultados sugerem que a vigilância estruturada e a otimização terapêutica em consulta dedicada promovem melhor estabilização clínica e menor utilização de recursos hospitalares. Além disso, a redução dos internamentos por todas as causas poderá refletir não apenas uma melhor estabilização da IC, mas também a otimização global das comorbilidades, possibilitada pelo seguimento por internistas.

Assim, o seguimento em consultas especializadas de IC é fundamental para a melhoria dos *outcomes* clínicos e redução da carga assistencial.

CO 106

FERROPENIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: EVOLUÇÃO DA RESPOSTA A CMF COM A NOVA DEFINIÇÃO

Pedro Moraes Sarmiento; Rita Santos; Ana Carmo; Margarida Nascimento; Candida Fonseca

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A ferropenia na insuficiência cardíaca (IC) associa-se a um pior prognóstico pelo que a sua correção está recomendada. A definição tradicional (ferritina <100 ng/mL OU $[100-300$ ng/mL E TSAT $<20\%$]) vs nova (TSAT $<20\%$) pode alterar resultados terapêuticos e comparabilidade dos ensaios clínicos.

Objetivo: Comparar estatística descritiva basal e evolução clínica a 12 meses (Hb, ferritina, NT-proBNP, Cr, NYHA, KCCQ) em doentes com IC tratados com carboximaltose ferrica (CMF) segundo definição VELHA vs NOVA de ferropenia.

Métodos: Estudo retrospectivo, coorte consecutiva de IC tratados com CMF num hospital de dia (dados completos ferritina+TSAT: $n=114$). Classificação: VELHA (ferritina <100 OU $[100-300$ E TSAT $<20\%$]; 100%, $n=114$) vs NOVA (TSAT $<20\%$; 86%, $n=98$). Análise descritiva (medianas, IQR), Mann-Whitney (comparações basais) e Wilcoxon (evolução).

Resultados: Basal ($n=114$): Hb 11,5 g/dL (10,0-12,7); ferritina 45 ng/mL (22,6-82,8); TSAT 13% (9,2-18); NT-proBNP 1695 pg/mL (655-3418); Cr 1,42 mg/dL (1,04-1,91). VELHA vs NOVA: Hb 11,5 vs 11,3 g/dL ($p=0,515$); ferritina 45 vs 40,5 ng/mL ($p=0,704$); sem diferenças significativas. Evolução a 12 meses: VELHA mostrou aumento Hb +0,8 g/dL, ferritina +150 ng/mL, redução NT-proBNP -35%, Cr estável ($\pm 0,05$ mg/dL), melhoria NYHA 1 classe (62%) e KCCQ +18 pontos; NOVA: Hb +0,7 g/dL, ferritina +142 ng/mL, NT-proBNP -32%, Cr estável, NYHA 1 classe (60%), KCCQ +16 pontos. Sem diferenças significativas na evolução entre grupos ($p>0,05$). Função renal sem agravamento em ambas as definições.

Conclusão: Doentes com IC tratados com CMF segundo definição VELHA apresentam excelente resposta clínica (Hb $\uparrow$, ferritina $\uparrow$, NT-proBNP $\downarrow$, NYHA/KCCQ $\uparrow$) sem agravamento renal. A subcoorte NOVA (86%) mostra evolução semelhante, excluindo 14% dos respondedores da definição tradicional. Estes dados reais confirmam eficácia da CMF independentemente da definição utilizada, embora TSAT $<20\%$ reduza treatedores em 14% sem comprometer resultados aparentes a 12 meses.

CO 107

AGENTES FARMACOLÓGICOS MAIS ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BRASH

Ana Luísa Maceda Rodrigues; Mariana Lobo Oliveira; Lúcia Carreira-Marques; Maria Inês Rocha; Inês Trancoso; Margarida Vinhas; Ana Filipa Lopes; Sofia Teixeira; Catarina Alves; Rita Gouveia; Hugo Veiga; Ana Isabel Ferreira; Jorge Almeida; Patrícia Lourenço
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A síndrome BRASH é uma condição clínica que se caracteriza por bradicardia, insuficiência renal, bloqueio do nódulo auriculoventricular (NAV), choque e hipercaliemia. A utilização de fármacos bloqueadores do NAV é um critério obrigatório para o seu diagnóstico.

Objetivo: Identificar os agentes bloqueadores do NAV mais associados à síndrome de BRASH.

Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu doentes internados em 2019 com códigos do ICD-10 à data de alta: R001, R55, R57, I44, I45, I46, I49. Foram incluídos doentes com frequência cardíaca (FC) inferior a 60bpm e instabilidade hemodinâmica. Foram excluídos doentes com implantação prévia de pacemaker ou doentes submetidos a cirurgias valvulares ou de revascularização cardíaca no internamento índice. Os critérios utilizados para definir BRASH foram: FC inferior a 60bpm, instabilidade hemodinâmica, taxa de filtração glomerular inferior a 60mL/min/1,73m², potássio sérico superior ou igual a 5mEq/L e uso de fármacos bloqueadores do NAV. A associação entre o tipo de bloqueador do NAV e BRASH foi avaliada por regressão logística binária.

Resultados: Foram identificados 419 doentes, dos quais 58 preencheram os critérios para BRASH. Destes, 67,2% estavam medicados com betabloqueadores (BB), comparativamente com 34,3% no grupo não-BRASH ($p<0,001$), já 41,4% dos doentes com BRASH e 21,9% no grupo não-BRASH utilizavam bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) ($p=0,001$). A utilização de digitálicos e amiodarona foi inferior e semelhante entre os grupos, respetivamente.

Entre os doentes com bradicardia e instabilidade hemodinâmica, a utilização de BB associou-se a um aumento significativo do risco de BRASH – OR=3,98 (IC 95%: 2,19–7,24; $p<0,001$). De forma semelhante, a terapêutica com BCC esteve também associada a maior risco de BRASH – OR=2,58 (IC 95%: 1,42–4,71; $p=0,002$).

A probabilidade de BRASH aumentou progressivamente com a dose de BB, apresentando um OR de 1,66 (IC95%: 1,30–2,13; $p<0,001$) para cada incremento equivalente a 2,5mg de bisoprolol.

Discussão: e conclusão: Os BB demonstraram ser os bloqueadores do NAV mais fortemente associados à síndrome de BRASH, aumentando quase quatro vezes o risco, sendo que esse risco aumenta 66% por cada incremento de 2,5mg na dose equivalente de bisoprolol.

O uso de BCC associou-se a um risco de 2,5 vezes superior de desenvolvimento de BRASH.

CO 108

AValiação DA PRESSÃO DE PULSO E PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Daniela Mira¹; Pedro Dias Lopes¹; Ana Saraiva¹; Rui Martins²; Diana Monteiro¹; Yevhen Vinnichenko¹; Jandira Lima¹; Patrícia Afonso-Mendes¹; Arsénio Santos¹

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; ²Departamento de Matemática, Universidade de Coimbra

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é um problema crescente com prevalência estimada em Portugal de 16,4% na população com idade superior ou igual a 50 anos. A sua incidência aumenta com a idade, sendo das principais causas de internamento. As agudizações são momentos críticos, associadas a deterioração funcional e maior risco de morte e reinternamento. Apesar dos avanços terapêuticos, a mortalidade intra-hospitalar na agudização mantém-se relevante, variando de 4 a 10%. Marcadores simples, passíveis de serem avaliados à cabeceira do doente, como a pressão arterial média (PAM) e pressão de pulso (PP), podem auxiliar na estratificação de risco e orientação terapêutica, sendo o Objetivo deste estudo avaliar o impacto da PAM e PP na mortalidade intra-hospitalar e no reinternamento aos 30 dias.

Métodos: Estudo retrospectivo longitudinal de doentes admitidos em Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM), entre junho e dezembro de 2025, com IC descompensada. Foram analisadas variáveis demográficas e clínicas incluindo terapêutica diurética, PAM, PP e NT-proBNP à admissão e alta. Os *outcomes* primários avaliados foram mortalidade intra-hospitalar e reinternamento aos 30 dias. Considerou-se significância estatística $p<0,05$.

Resultados: Foram incluídos 98 doentes com idade média de 76,6 anos, sendo 53,1% do género masculino, com média de internamento na UCIM de 6,49 dias. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi 16,3% e reinternamento aos 30 dias foi de 20,5%. A PAM à admissão apresentou correlação negativa com a mortalidade ($p=0,033$). As doses cumulativas de diurético endovenoso à alta da UCIM apresentaram uma associação com a mortalidade ($p=0,01$). Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre PP e PAM, à admissão ou alta, com o risco de reinternamento. A variação da PP não apresentou associação com os *outcomes* primários.

Conclusões: A mortalidade intra-hospitalar observada foi superior à descrita na literatura, refletindo, provavelmente, a maior complexidade destes doentes, embora a taxa de reinternamento aos 30 dias tenha sido semelhante. A associação da mortalidade e doses cumulativas elevadas de diuréticos com PAM baixa à

admissão, sublinha a gravidade clínica e reforça o papel da PAM como marcador de reserva hemodinâmica. Contrariamente ao esperado, a PP não demonstrou valor prognóstico independente, podendo resultar da análise de uma pequena amostra heterogênea.

CO 109

RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS MELHORAM A PRESCRIÇÃO DE INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES?

Carolina Teixeira Gonçalves; Mariana Bilreiro; Luís Marote Correia; Carolina Morna; Ingrid Mora; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: A prescrição de inibidores de bombas de prótons (PIBP) constitui uma das armas farmacológicas na enfermaria de Medicina Interna (EMI) seja com intuito terapêutico (doença ulcerosa péptica e de refluxo gastroesofágico) seja com intuito profilático. Quando inadequadamente prescritos potenciam a iatrogenia, as interações medicamentosas e o aumento dos custos. Certas entidades como a American College of Gastroenterology emitiram recomendações para a sua utilização e realizaram-se campanhas para otimizar a PIBP. Assim, com este trabalho pretendemos apurar a variação da PIBP na EMI e respetivo grau de casos apropriados.

Material e métodos: Consultámos os processos dos adultos internados numa EMI num determinado dia de 2026. Recolhemos os dados demográficos, comorbilidades e motivo de admissão. Realizámos o levantamento das prescrições hospitalares com destaque para a PIBP. As características foram comparadas com um levantamento equivalente ocorrido em 2016. Para a descrição das variáveis quantitativas, utilizámos frequência absoluta e relativa, ao passo que para as qualitativas, recorremos à média e ao desvio-padrão. Analisámos a distribuição de variáveis qualitativas com o teste do X². Utilizámos o teste t para as variáveis quantitativas. Considerámos como limiar de significado estatístico valor $p < 0,050$. Utilizámos o software institucional para consulta do processo e o IBM SPSS para análise estatística.

Resultados: Consultámos 109 processos clínicos. A PIBP foi verificada em 67 casos (61,5%). Desses, 33 casos (49,3%) pertenciam a doentes do sexo masculino e 34 casos (50,7%) ao sexo feminino. A média das idades era 77,4 anos e o desvio-padrão 10,7. Quatro casos (6,0%) tinham PIBP com intuito terapêutico e 63 casos (94,0%) tinham intuito profilático. A PIBP foi considerada apropriada em 60 casos (89,6%) à luz das recomendações citadas. Os motivos para a PIBP mais frequentes foram: prescrição de anticoagulantes em doente com idade 65 anos ou superior (15 casos, 22,4%); antiagregantes plaquetares em doentes com idade 65 anos ou superior (12 casos, 17,9%) e corticoterapia sistémica (10 casos, 14,9%). Sete casos

(10,4%) tinham prescrição considerada inapropriada. Quando comparamos 2016, apesar de verificarmos nível de PIBP equiparável (2016: 58,5% versus 2026: 61,5%; $X^2=0,278$ $p=0,598$), o nível de PIBP inapropriada diminuiu consideravelmente (2016: 24,1% versus 2026: 10,4%; $X^2=4,687$ $p=0,030$).

Assinalamos o contributo da presença de maior proporção de doentes com fibrilhação auricular sob anti-coagulantes orais com 65 ou mais anos idade (2016: 9,6% versus 2026: 22,4%; $X^2=4,652$ $p=0,031$).

Conclusões: Apesar da estabilização na frequência de PIBP entre 2016 e 2026, observou-se uma redução na proporção de prescrições inapropriadas. O grau de deteção de patologias que implicam a instituição de anticoagulação no idoso internado na EMI, neste caso a fibrilhação auricular, e o grau de prescrição desses fármacos parece contribuir para este achado.

CO 110

USO DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Pedro Moules; Rita Palma Féria; Francisco Norton Correia; Clarisse Campos; Ana Grilo; Fernando Martos Gonçalves
Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas

Introdução: A presença de cateteres venosos periféricos (CVP) é uma realidade ubíqua nas enfermarias de Medicina Interna. A sua manutenção além do tempo necessário associa-se a complicações locais, nomeadamente flebite, infiltração subcutânea e infeção no local de inserção, que podem ter repercussão sistémica. A monitorização da adequação dos dispositivos invasivos representa, por isso, um indicador relevante de qualidade e segurança dos cuidados hospitalares. Em 2022, um estudo transversal realizado no mesmo serviço demonstrou que 69,3% dos doentes internados tinham CVP, dos quais 31,1% sem qualquer terapêutica endovenosa prescrita e 9,8% com sinais inflamatórios locais associados ao cateter. Foram realizadas sessões de formação de forma a sensibilizar os profissionais.

Objetivo: Caracterizar a prevalência e adequação de indicação do CVP nos doentes internados num serviço de Medicina Interna, avaliar a possibilidade de remoção do dispositivo e as complicações associadas, comparando com estudo prévio realizado no mesmo serviço.

Material e métodos: Estudo observacional transversal realizado num único dia, com consulta dos processos clínicos e observação direta dos doentes internados. Foram incluídos 124 doentes consecutivos. Para cada doente com CVP, registou-se a terapêutica endovenosa prescrita, a possibilidade de conversão para via oral e a presença de complicações locais associadas ao cateter.

Resultados: Incluídos 124 doentes (55,6% do sexo feminino; média de idades 77,5 anos; mediana 81 anos). Cinquenta (40,3%) eram portadores de CVP, com redução significativa face a 69,3% no estudo anterior. Dos 50 com CVP, apenas 13 (26,0%) apresentavam

terapêutica endovenosa sem possibilidade de conversão para via oral, constituindo os únicos com indicação formal para manutenção do dispositivo. Em 14 doentes (28,0%) não havia qualquer terapêutica endovenosa prescrita, valor sobreponível ao estudo prévio (31,1%), e em 6 (12,0%) a terapêutica era exclusivamente em SOS. Os restantes 17 (34,0%) mantinham terapêutica endovenosa convertível para via oral, não alterada por decisão da equipa médica assistente. Registaram-se 3 complicações associadas ao CVP (6,0%), com redução face aos 9,8% do estudo anterior; num dos casos o doente não apresentava qualquer indicação para via endovenosa, tornando a complicação inteiramente evitável.

Conclusão: A comparação com o estudo prévio evidenciou uma melhoria de procedimentos com diminuição da prevalência de CVP e da taxa de complicações associadas. Contudo, a proporção de doentes sem indicação formal para manutenção do dispositivo manteve-se elevada, sugerindo que a necessidade de repensarmos a persistência dos acessos deve ser diária e que a formação/educação nesta área deve ser contínua, de forma a otimizar os cuidados prestados e a evitar complicações.

CO 111

FATORES ASSOCIADOS AO INTERNAMENTO PROLONGADO NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: ESTUDO RETROSPECTIVO

Diana Ferreira Lopes; André Santa Cruz
Hospital de Braga

Introdução: O envelhecimento populacional e o aumento das comorbilidades têm contribuído para uma maior complexidade clínica e maior consumo de recursos hospitalares. A duração do internamento é, por isso, um importante indicador da eficiência e qualidade dos cuidados prestados. O internamento prolongado associa-se a maior consumo de recursos, maior risco de complicações nosocomiais, perda de autonomia funcional e piores resultados clínicos. Este estudo teve como Objetivo identificar fatores clínicos, funcionais e sociais associados ao internamento prolongado num serviço de Medicina Interna, contribuindo para otimizar o planeamento clínico e a gestão hospitalar.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo incluindo todos os doentes internados no Serviço de Medicina Interna de um hospital terciário, entre janeiro de 2023 e dezembro de 2025. Os dados foram obtidos a partir da base de dados do serviço, tendo sido excluídos os doentes com erros de registo.

O internamento prolongado foi definido como duração superior a 7 dias, com base na mediana do tempo de internamento, permitindo a categorização em dois grupos: internamento de curta duração e internamento prolongado.

Foram analisadas variáveis demográficas, clínicas, funcionais e sociais, incluindo idade, sexo, número de co-

morbilidades, índice de Barthel, número de internamentos prévios, proveniência, ocorrência de complicações durante o internamento e presença de carência social.

A análise estatística incluiu estatística descritiva e inferencial. As associações entre variáveis categóricas e a duração do internamento foram avaliadas através do teste do qui-quadrado. Foi ainda realizada regressão logística multivariada para identificar os fatores independentemente associados ao internamento prolongado, com cálculo dos odds ratio (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Considerou-se significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 12.577 doentes, com ligeira predominância do sexo feminino (52,8%) e mediana de idade de 82 anos (intervalo interquartil: 72–88 anos). Destes, 4.875 (38,8%) apresentaram duração de internamento superior a 7 dias, com uma taxa de mortalidade intra-hospitalar de 10,8%.

Verificou-se que a ocorrência de complicações durante o internamento foi significativamente mais frequente nos doentes com internamento prolongado (65,9% vs 32,2%; $p < 0,001$). A presença de carência social também se associou significativamente a maior duração do internamento (58,2% vs 38,6%; $p < 0,001$).

A análise por regressão logística multivariada identificou as complicações durante o internamento como o principal fator independentemente associado ao internamento prolongado (OR = 3,7; IC 95%: 3,3–4,1; $p < 0,001$), seguido pela presença de fatores sociais (OR = 1,9; IC 95%: 1,3–2,7; $p < 0,001$), elevada carga de comorbilidades (OR = 1,4; IC 95%: 1,2–1,6; $p < 0,001$) e proveniência hospitalar (OR = 1,7; IC 95%: 1,3–2,2; $p < 0,001$).

Conclusão: O internamento prolongado foi frequente nesta população e associou-se independentemente à ocorrência de complicações, maior carga de comorbilidades e fatores sociais. As complicações constituíram o principal fator modificável associado ao prolongamento do internamento. A identificação precoce de doentes de maior risco e a implementação de estratégias preventivas poderão contribuir para reduzir a duração do internamento e melhorar os resultados clínicos e funcionais.

CO 112

PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA EM MEDICINA INTERNA: EVOLUÇÃO EM 9 ANOS

Ingrid Mora; Mariana Bilreiro; Jéssica Chaves; Luís Marote; Carolina Gonçalves; Rita Da Almeida
hospital Nélcio Mendonça

Introdução: A oxigenoterapia (OT) é fundamental no tratamento da insuficiência respiratória, pelo que a sua prescrição e administração constituem um procedimento diário nas enfermarias de Medicina Interna (EMI). O uso apropriado da OT nos cuidados de saúde está estabelecido em recomendações como as da

British Thoracic Society. A sua utilização inapropriada, para além de poder ter consequências nefastas para o doente, pode também aumentar o custo do tratamento. O Objetivo deste trabalho foi auditar os procedimentos de OT em EMI, tentando perceber se são necessárias melhorias na forma de prescrição, administração e monitorização, de acordo com as recomendações.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional sobre doentes internados numa EMI com prescrições ativas de OT num dia determinado. Através da consulta do processo eletrónico, foram recolhidos os seguintes dados: idade, sexo, diagnóstico, motivo para OT e prescrição de OT. No local, foi registada a OT (débito e sistema de administração) e a SpO2. Recorreu-se aos critérios da BTS para avaliar a conformidade das prescrições de OT. Os resultados foram comparados com os de uma auditoria realizada em 2017 no mesmo serviço, com metodologia semelhante. Os dados quantitativos são expressos em média e desvio padrão. As diferenças foram avaliadas através do teste t. Quanto aos dados qualitativos, foram utilizadas frequências absolutas e relativas e o teste do χ^2 . Considerou-se que havia uma diferença com significado estatístico quando $p < 0,05$. Para consulta do processo clínico, utilizou-se o programa informático institucional. Os dados foram recolhidos com o Microsoft Excel. A análise estatística foi realizada no R Studio.

Resultados: Sessenta e nove doentes tinham OT prescrita. A média das idades foi 79,9 anos e o desvio-padrão 9,5. Vinte e seis doentes pertenciam ao sexo masculino (37,7%). O sistema de entrega da O2 apenas estava definido em 14 doentes (20,3%). Cinco doentes (7,2%) realizavam ventilação mecânica não invasiva. Em 25 casos (36,2%), estava expresso a spO2 alvo. Em 15 casos (21,7%) estava definido os limites inferior e superior. Verificou-se correspondência entre prescrição e administração em 26 casos (37,7%). Três doentes estavam a realizar OT sem prescrição. Em comparação com 2017, a proporção de OT guiada por spO2 alvo foi sobreponível (2017: 33,3% versus 2026: 36,2%; $\chi^2=0,138$; $p=0,7100$) mas a definição de ambos os limites foi mais frequente (2017: 2,6% versus 2026: 21,7%; $\chi^2=15,606$; $p<0,001$). Verificou-se nível sobreponível de discordância entre prescrição e administração de OT (2017: 33,3% versus 2026: 37,7%; $\chi^2=0,100$; $p=0,751$). Aumentou a estipulação do sistema de entrega de OT (2017: 7,0% versus 2026 20,3%; $\chi^2=4,85$; $p=0,0149$).

Conclusões: Constatou-se melhoria em alguns parâmetros, nomeadamente na definição dos intervalos-alvo e do sistema de entrega do OT. A discrepância entre a prescrição e a administração de OT continua a ser um ponto de atenção.

CO 113

AValiação DO IMPACTO DE UMA UNIDADE DE FRAGILIDADE NO AUMENTO DE ALTAS HOSPITALARES PARA O DOMICÍLIO

João Tiago Loja; Margarida Ornelas; Isabel Araújo; Rafael Nascimento; Diogo André; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: O internamento prolongado após a alta clínica é hoje uma constante em muitos hospitais, particularmente em idosos com várias comorbilidades, muito dependentes e com um escasso ou inexistente apoio social e/ou familiar. Além disso, a própria hospitalização do doente idoso, mesmo de curta duração, resulta tipicamente numa deterioração em termos de autonomia e funcionalidade. Pretende-se com este estudo avaliar de que modo uma unidade de fragilidade(UF) pode aumentar o número de altas hospitalares diretamente para o domicílio, de doentes previamente internados num serviço de Medicina Interna.

Materiais e métodos: Consultaram-se retrospectivamente os processos clínicos de 67 doentes com, pelo menos, 70 anos internados em enfermarias de Medicina Interna e que foram posteriormente admitidos numa UF, de janeiro a dezembro de 2024. Incluíram-se doentes que pontuaram menos de 60 pontos na escala Barthel(EB), que foram considerados pré-frágeis ou frágeis, utilizando-se a escala Frail simplificada(EFS) e que pontuaram, pelo menos, 4 pontos no questionário SARC-F. Todos os doentes que ingressaram na UF iniciaram treino diário aeróbio de força e resistência e seguiram um plano nutricional com dieta hiperproteica. No dia de saída da UF, foram novamente aplicadas a EB, EFS e o SARC-F.

Resultados: A idade média dos doentes admitidos foi de 82 anos. 44(66%) pessoas eram do género feminino e 23(34%) pessoas do género masculino. À admissão na UF, a pontuação média no SARC-F foi de 7, na EB de 40 e na EFS de 4. Categorizando pela EB, 14(21%) doentes tinham uma dependência severa para a realização das atividades de vida diárias(AVDs) e os restantes 53 doentes tinham dependência moderada. Categorizando pela EFS, 60(90%) doentes foram considerados frágeis. O número médio de dias de internamento na UF foi de $13 \pm 3,3$ dias. À data de alta da UF, a pontuação média no SARC-F foi de 3, na EB de 75 e na EFS de 1. À saída desta unidade, 48 (71%) pessoas pontuaram mais de 60 pontos na EB e a pontuação obtida no SARC-F foi inferior a 4 em 36(54%) pessoas. 55(82%) pessoas pontuaram menos de 3 na EFS à saída. Todos foram referenciados às consultas de Medicina Interna, Medicina Física e de Reabilitação e Nutrição.

Conclusões: Os resultados obtidos neste estudo demonstram o papel preponderante que uma UF pode assumir na redução do número de altas problemáticas. Com efeito, a permanência neste tipo de unidade pos-

sibilita uma diminuição do declínio funcional associado ao internamento convencional, bem como a deteção precoce de síndromes geriátricas e seus fatores de risco, favorecendo a prevenção secundária e terciária destas síndromes. Urge, deste modo, promover a criação de mais unidades de reabilitação, a fim de possibilitar um retorno dos idosos às suas casas de forma mais segura. Torna-se também importante reforçar as parcerias entre hospitais, cuidados de saúde primários e redes de apoio comunitário, bem como capacitar os familiares e cuidadores.

CO 114

QUEDAS VS SÍNDROME DE FRAGILIDADE NO IDOSO: HÁ OU NÃO RELAÇÃO?

Adriana Homem Da Costa¹; João De Brito¹;
Rita Pinto Fernandes¹; Inês Fonseca Marques¹;
João Miguel Freitas²

¹Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal; ²Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: As quedas e a síndrome de fragilidade afetam idosos por todo o mundo.

Esta síndrome aumenta o risco de quedas, ao afetar a força muscular, o equilíbrio e a coordenação motora. As quedas podem ser um evento precipitante para o desenvolvimento da síndrome de fragilidade.

Objetivos: Investigar a associação entre a síndrome de fragilidade e as quedas no idosos, avaliando se a sua presença aumenta o risco de quedas quando comparado com idosos não frágeis internados num Serviço de Medicina Interna. Sugestão de medidas de prevenção e tratamento das quedas nos idosos com esta síndrome.

Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional, analítico, longitudinal, comparativo e retrospectivo. Foi selecionada uma amostra de idosos, com idade > 65 anos e de ambos os sexos, divididos em dois grupos: frágeis e não frágeis. Comparou-se a prevalência das quedas entre os dois grupos. A presença de diferenças estatísticas entre os grupos foi avaliada através dos testes do qui-quadrado ou do teste exato de Fisher.

Resultados: Neste estudo participaram 110 doentes, 55 frágeis e 55 não frágeis. A prevalência de quedas foi de 66.4%, sendo 80% nos frágeis e 52.7% nos não frágeis. A significância da relação entre as quedas e a síndrome de fragilidade foi de 0.004 ($p < 0.05$), pelo que se concluiu que existiam diferenças significativas entre os grupos em estudo. Apenas o teste do equilíbrio provou ter uma relação significativa com a ocorrência de quedas.

Conclusões: A prevalência de quedas é maior na presença de síndrome de fragilidade. É importante a avaliação do risco e a prevenção destas situações, por forma a garantir um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

CO 115

O POLIMORFISMO DA MTHFR C677T AUMENTA OS NÍVEIS PLASMÁTICOS DE FIBRINOGÉNIO NOS INDIVÍDUOS FUMADORES

Sara Nunes Gomes¹; Ana Célia Sousa¹; Sofia Almada¹;
João Loja¹; Cátia Martins¹; Alexandra Rodrigues¹; Eva Henriques²;
Sónia Freitas²; Mariana Rodrigues²; Ana Cardoso²;
Sofia Borges²; Graça Guerra²; Maria João Oliveira²;
Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ²Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça (SESARAM, EPERAM); ³Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School

Introdução: O fibrinogénio é uma glicoproteína hepática envolvida na coagulação (precursor da fibrina) e também um marcador de inflamação sistémica e de risco de doença cardiovascular. Os seus níveis plasmáticos são influenciados por fatores comportamentais e genéticos. O tabagismo está associado a níveis plasmáticos mais elevados de fibrinogénio, contudo os mecanismos genéticos que modulam esta resposta permanecem incompletamente esclarecidos.

Objetivo: Avaliar a associação entre tabagismo e níveis plasmáticos de fibrinogénio e investigar se a variante genética MTHFR C677T modula essa relação.

Métodos: Com uma amostra de 1390 indivíduos (74% do sexo masculino, idade média de $52,2 \pm 8,3$ anos), todos colheram sangue para análises bioquímicas (ex: fibrinogénio) e genéticas. Foram inquiridos quanto aos seus hábitos tabágicos. O polimorfismo genético MTHFR C677T foi determinado em todos os indivíduos estudados. Fizemos um estudo caso/controlo consoante tinham ou não hábitos tabágicos. O grupo dos casos (com hábitos tabágicos) era constituído por 325 indivíduos e o dos controlos por 1065. Determinámos as medianas dos níveis de fibrinogénio em ambos os grupos e através do teste de Mann-Whitney verificámos se existia diferença significativa entre os grupos. Posteriormente dividimos a população em dois sub-grupos consoante os genótipos: sub-grupo dos CC (alelos protetores) e o sub-grupo dos CT+TT (alelos de risco). No sub-grupo dos CC fizemos um estudo caso-controlo consoante tinham ou não hábitos tabágicos, e o mesmo fizemos em relação ao sub-grupo dos CT+TT.

Resultados: No grupo dos fumadores ($n=325$) os níveis de fibrinogénio eram superiores (376 mg/dL (214-632)) aos do grupo dos não fumadores ($n=1065$), (370 mg/dL (200-705)) e com significância estatística $p=0,044$. No sub-grupo dos CC, não houve diferença significativa em relação aos valores plasmáticos de fibrinogénio no grupo dos fumadores e dos não fumadores. No sub-grupo dos CT+TT houve diferença significativa em relação aos valores plasmáticos de fibrinogénio, sendo que os fumadores ($n=174$) tinham níveis de fibrinogénio superiores 378 mg/dL (214-632) aos do não fumadores ($n=568$), cujos valores eram de 368 mg/dL (200-683), havendo diferença significativa

entre estes grupos ($p=0,045$).

Conclusão: Com o presente trabalho, demonstrámos que existe associação entre o tabagismo e os níveis plasmáticos de fibrinogénio. No sub-grupo dos indivíduos com as variantes genéticas CT+TT do gene da metiltetrahidrofolato redutase MTHFR C677T, a mediana do fibrinogénio era superior nos fumadores em relação à dos não fumadores. Conclui-se que o consumo de tabaco está associado ao aumento dos níveis de fibrinogénio, efeito particularmente evidente em indivíduos portadores dos genótipos CT e TT da variante C677T do gene MTHFR. Nestes casos, a cessação tabágica assume especial relevância como medida preventiva.

CO 116

IMPACTO PROGNÓSTICO DA CLASSE FUNCIONAL NA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

Paulo Filipe Cunha Pinto¹; Alzira Melo²; Joana Alves²; Fabienne Gonçalves²; Luísa Carvalho²; Inês Furtado²; Bruno Bragança²; José Meireles²; Mário Santos²

¹Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa; ²Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: A estratificação de risco é fundamental na abordagem da hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH). Apesar da recomendação de modelos multidimensionais, a classe funcional da Organização Mundial de Saúde (WHO-FC) mantém ampla utilização pela sua simplicidade e aplicabilidade. O Objetivo foi avaliar o seu impacto prognóstico numa coorte contemporânea.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes consecutivos com CTEPH seguidos numa unidade especializada em hipertensão pulmonar em que a WHO-FC à data do diagnóstico estava disponível. O *outcome* primário foi mortalidade global. A sobrevivência foi estimada por Kaplan–Meier e comparada pelo teste de log-rank. Preditores de mortalidade foram identificados por regressão de Cox.

Resultados: Dos 112 doentes, 40 (36%) encontravam-se em WHO-FC III–IV. Estes apresentaram menor distância na prova de marcha dos 6 minutos e valores mais elevados de NT-proBNP, pressão média da artéria pulmonar e resistência vascular pulmonar. A sobrevivência foi significativamente inferior na WHO-FC III–IV (log-rank $p=0,009$). A sobrevivência estimada aos 1, 3 e 5 anos foi 100%, 93% e 88% na WHO-FC I–II e 95%, 73% e 70% no subgrupo de doentes com CTEPH e WHO-FC III–IV à data de diagnóstico. Na análise multivariável ajustada para a idade, a WHO-FC III–IV manteve associação com a mortalidade (HR 2,60; IC95% 1,15–5,88; $p=0,021$).

Conclusões: A classe funcional basal associa-se à mortalidade em doentes com CTEPH e constitui uma ferramenta simples e imediatamente disponível para estratificação prognóstica inicial. Estes resultados re-

forçam a importância da suspeição clínica atempada e referenciação precoce.

CO 117

TROMBOEMBOLIA PULMONAR EM SELA: IMPACTO PROGNÓSTICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS

Cátia Barra; José Magalhães; Patrícia Mendes; Jandira Lima; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A tromboembolia pulmonar (TEP) é a terceira causa mais frequente de síndrome cardiovascular aguda, associando-se a elevada morbilidade e mortalidade. A estratificação de risco baseia-se em parâmetros clínicos, laboratoriais e imagiológicos, orientando a abordagem terapêutica. A TEP em sela, definida pela presença de trombo na bifurcação do tronco da artéria pulmonar com extensão para ambas as artérias pulmonares principais, traduz geralmente elevada carga trombótica. Contudo, o impacto prognóstico independente da localização anatómica do trombo permanece controverso. O Objetivo deste estudo foi comparar doentes com TEP em sela *versus* não sela quanto ao tempo de internamento, mortalidade e marcadores de gravidade, internados numa Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM).

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu 155 doentes internados por TEP na UCIM entre junho de 2023 e dezembro de 2025. Foram analisadas variáveis demográficas, tipo de intervenção (fibrinólise e/ou trombectomia mecânica), dias de internamento, mortalidade intra-hospitalar, biomarcadores cardíacos e oxigenoterapia suplementar. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS® e considerou-se o valor de $p<0,05$ como estatisticamente significativo. A comparação entre grupos foi realizada com teste de *Kruskal-Wallis* e as associações avaliadas por correlação de *Spearman*.

Resultados: Dos 155 doentes, 58,7% era do sexo feminino e a mediana etária foi de 67 anos. Identificaram-se 23 doentes (14,8%) com TEP em sela. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre TEP em sela e não sela relativamente aos dias de internamento ($p=0,974$) nem à mortalidade ($p=0,287$). Contudo, observou-se tendência para maior mortalidade (17,4 vs 9,8%) e internamentos mais prolongados (7,2 vs 6,2 dias) no grupo de doentes com TEP em sela. Também neste grupo, o óbito correlacionou-se negativamente com dias de internamento ($p=-0,452$; $p=0,030$) e positivamente com FiO2 no segundo dia ($p=0,660$; $p<0,001$). A FiO2 inicial correlacionou-se com maior duração de internamento ($p=0,469$; $p=0,024$). Verificou-se ainda forte correlação entre biomarcadores ao longo do tempo, nomeadamente ao segundo dia ($p=0,723$; $p<0,001$).

Conclusões: Apesar da ausência de significância estatística na mortalidade global entre os grupos, a TEP em sela associou-se a uma evolução clínica mais desfavorável e óbito mais precoce. A necessidade de suporte de oxigénio suplementar e a manutenção de biomarcadores elevados nos primeiros dias de internamento emergem como os principais marcadores de gravidade e preditores de mau prognóstico neste subgrupo. Estes resultados reforçam a necessidade de uma vigilância clínica e laboratorial rigorosa nas unidades de cuidados intermédios.

CO 118

2 ANOS DEPOIS: O QUE MUDOU NA REFERENCIAÇÃO PÓS-ALTA AO HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA?

Ana David Do Carmo; Pedro Teixeira Vaz; Ana Abade; Mariana Henriques Ribeiro; Pedro Moraes Sarmento; Cândida Fonseca; Equipa De Insuficiência Cardíaca do Hospital da Luz Lisboa

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é das principais causas de internamento, sobretudo em doentes idosos, associando-se a elevada morbilidade e consumo de recursos. Em 2021/22 foi inaugurado um hospital de dia de IC (HDIC) num hospital privado, visando otimizar a transição para ambatório, reduzir reinternamentos e aumentar a terapêutica modificadora de prognóstico. A avaliação da evolução do perfil dos doentes referenciados ao HDIC após internamento por IC descompensada pode clarificar o impacto deste modelo assistencial.

Objetivo: Comparar, em dois períodos após a implementação do HDIC, o perfil clínico, parâmetros laboratoriais, demora média de internamento e terapêutica modificadora de prognóstico em doentes com IC referenciados ao HDIC após internamento por IC descompensada. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, incluindo doentes internados por IC descompensada e referenciados ao HDIC no prazo máximo de 2 semanas após a alta, em duas coortes temporais: coorte 1 (cerca de 1 ano após a abertura do HDIC, 2023) e coorte 2 (cerca de 3 anos após a abertura, 2025). Recolheram-se dados demográficos, comorbilidades, parâmetros laboratoriais à admissão (NT proBNP, sódio, potássio) e terapêutica dirigida à IC (inibidores do sistema renina-angiotensina/ARNi, betabloqueantes, antagonistas dos recetores mineralocorticoides, inibidores SGLT2). Variáveis contínuas foram descritas por medianas e comparadas com testes apropriados; variáveis categóricas em percentagens e comparadas entre coortes ($p < 0,05$ significativo).

Resultados: Foram analisadas 155 admissões por IC descompensada, 86 na coorte 1 e 69 na coorte 2. A idade mediana foi de 81 vs 82 anos, com proporção semelhante de homens (55,8% vs 55,1%). A prevalência de fibrilhação auricular (52,3% vs 52,8%) e os

valores medianos de NT proBNP (4919 vs 4645 pg/mL) foram sobreponíveis. Na coorte 2 observaram-se valores de sódio (140 vs 138 mmol/L; $p=0,001$) e potássio (4,7 vs 4,2 mmol/L; $p=0,016$) mais elevados à admissão. A mediana da demora média de internamento mostrou tendência para redução (3 vs 5 dias; $p=0,082$). À alta, a prescrição de ARNi tendeu a ser inferior na coorte 2 (26,9% vs 43,5%; $p=0,077$), sem diferenças relevantes nas restantes classes de terapêutica modificadora de prognóstico. **Conclusão:** Os doentes internados por IC e referenciados ao HDIC após a alta mantiveram-se predominantemente idosos e clinicamente semelhantes entre períodos, com estabilidade da carga de comorbilidades e NT proBNP. A tendência para encurtamento do internamento 3 anos após a abertura do HDIC sugere um possível efeito deste modelo na transição pós alta. As alterações na natremia e caliemia poderão traduzir modificações na terapêutica diurética e no bloqueio do SRAA entre coortes. As variações no uso de ARNi, com manutenção global da terapêutica recomendada, reforçam a importância da monitorização contínua das estratégias terapêuticas e do papel do HDIC na otimização do percurso assistencial em contexto real.

CO 119

RISCO CARDIOVASCULAR NOS INTERNOS DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA – PANORAMA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Telma Costa Cabral; Rita Palma Féria; Sara Frazão De Brito; André Santos; Isménia De Oliveira; Fernando Martos Gonçalves
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O risco cardiovascular (RCV) estima o risco individual para ocorrência de um evento cardiovascular, com recurso a scores que integram variáveis demográficas, comportamentais, clínicas e laboratoriais. O PDAY score (Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth), desenvolvido para populações jovens, prevê a ocorrência de eventos cardiovasculares.

Objetivos: Caracterizar o RCV nos internos de formação específica a realizar o internato numa unidade local de saúde (ULS) em Portugal, estimando a probabilidade doença cardiovascular com base no PDAY score e analisar variáveis que influenciem o RCV desta população.

Material e métodos: Realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal, incluindo 41 médicos internos da mesma ULS. Os dados foram colhidos através do autopreenchimento de um questionário *google-forms*. Foram analisadas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, especialidade, ano de internato), laborais (horas de trabalho semanal, trabalho noturno, trabalho consecutivo, exposição a ambiente de urgência), PDAY score (*high density lipoprotein* – HDL, colesterol não-HDL, hábitos tabágicos, valor de pressão arterial, índice de massa corporal, diagnóstico de diabetes) e grau de perceção de *stress* através da escala de *Perceived*

Stress (PSS-10). A análise estatística foi realizada com recurso ao Microsoft Excel ®. Dado o reduzido tamanho da amostra, foram utilizados testes não-paramétricos, consideraram-se valores de $p < 0,05$ estatisticamente significativos.

Resultados: Dos 41 médicos internos, 25 eram do sexo feminino (61%) e 16 do sexo masculino (39%), com uma idade média de 29,7 anos. A especialidade com maior representatividade foi a Medicina Interna (24%, $n=10$). Relativamente às variáveis laborais, 71% ($n=29$) dos internos trabalha entre as 40 e 60 horas semanais e 17% ($n=7$) mais de 60 horas. O número máximo de horas consecutivas de trabalho situou-se predominantemente entre as 24-35 horas (54%, $n=22$). Relativamente às horas de sono a maioria dos internos dorme entre 6 a 7 horas por noite (48%, $n=20$), e apenas 12% ($n=5$) dorme menos de 6 horas por noite. A maioria dos internos realiza trabalho em ambiente de urgência (82,9%, $n=34$) e 51% realiza trabalho extra em urgência. O PDAY score médio foi de $11,0 \pm 2,8$ pontos (mediana 10; IQR 9-13), com valores entre os 8 e 19. Relativamente ao stress percebido pelos internos, avaliado com a PSS-10, verificou-se uma média de $15,1 \pm 5$ pontos (mediana 16; IQR 11-19), correspondendo a um nível de stress moderado. Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre PDAY-score, grau de *stress* e variáveis laborais.

Conclusões: Os médicos internos desta ULS apresentam um PDAY score médio de 11, indicando elevada probabilidade de desenvolvimento de doença aterosclerótica. Apesar da elevada carga laboral, exposição a ambientes de urgência e níveis de stress moderados, não se encontraram associações estatisticamente significativas com o PDAY score. O reduzido tamanho amostral constitui uma limitação importante. Futuramente pretende-se alargar este estudo a outras ULS, aumentando a amostra, de forma a estudar o RCV dos médicos internos de formação específica em Portugal.

CO 120

IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DIGITAL INTEGRADO DE CUIDADOS EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Pedro Moraes Sarmento; Mafalda Ferro Teixeira; Diana Ribeiro; Bernardo Neves; Rui Maio
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma causa maior de recurso reiterado ao serviço de urgência (SU), internamentos não programados, mortalidade e redução da qualidade de vida. Os sistemas de saúde têm dificuldade em garantir a implementação da terapêutica otimizada segundo as recomendações, identificar precocemente descompensações e integrar, de forma sistemática, a perspetiva do doente. As soluções digitais existentes são frequentemente fragmentadas,

focando componentes isoladas (telemonitorização, PROMs), sem um programa coerente que articule resultados, circuitos assistenciais e envolvimento do doente ao longo do percurso da IC.

Objetivo: Descrever a conceção e implementação inicial de um modelo integrado de cuidados em IC, digitalmente suportado e assente em quatro pilares, num grupo de saúde privado, visando apoiar cuidados baseados em valor através de monitorização em tempo real, criação de uma via rápida no SU, automatização do percurso clínico e recolha sistemática de PROMs.

Métodos: Uma equipa multidisciplinar desenvolveu um modelo de quatro pilares integrado na prática clínica: (1) captação de resultados em tempo real; (2) via rápida de IC no SU; (3) percurso clínico automatizado, baseado na evidência; e (4) recolha sistemática de PROMs. Um dashboard em Power BI integra dados clínicos e administrativos para monitorizar os indicadores de qualidade em IC da Sociedade Europeia de Cardiologia, incluindo re-internamentos, novos episódios no SU, mortalidade e prescrição de terapêutica modificadora de prognóstico recomendada. No SU, a protocolização de uma via rápida sinaliza doentes ≥ 65 anos com dispneia, fadiga ou edema periférico como possível IC, gerando alertas e ativando um assistente digital baseado nas normas de orientação clínica que apoia a avaliação, abordagem aguda, decisão de destino. (internamento e local adequado ao nível de cuidados ou alta) e seguimento pós-SU. PROMs específicas (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) são enviadas automaticamente aos doentes identificados em momentos pré-definidos, com integração das respostas no registo clínico e nos dashboards.

Resultados: Os quatro pilares foram implementados e integrados nos cuidados habituais no hospital principal do grupo, com dashboards em tempo real e geração de alertas de via rápida de IC no SU. O percurso digital encontra-se em utilização ativa na avaliação e tratamento padronizados de IC no SU e em ambulatório, com recolha automática de PROMs visualizadas em conjunto com indicadores clínicos. A avaliação quantitativa formal de resultados clínicos e PROMs está em curso.

Conclusão: Um modelo de cuidados em IC, digitalmente suportado e organizado em quatro pilares, pode ser desenhado e operacionalizado num grupo de saúde privado, incorporando resultados em tempo real, via rápida no SU, percursos clínicos automatizados e recolha sistemática de PROMs nos fluxos assistenciais de rotina. Este modelo constitui uma plataforma escalável para cuidados em IC baseados em valor, com potencial para melhorar a deteção precoce de descompensações, aumentar a utilização de terapêutica recomendada e promover um seguimento mais consistente e centrado na pessoa.

CO 121

DETERMINANTES DE DELIRIUM NO IDOSO HOSPITALIZADO

Inês Marques Da Silva; Marcel Guerreiro; Renata Martinho; Marta Sousa; Vera Bernardino; Ana Catarina Rodrigues
ULS São José - Hospital Curry Cabral

Introdução: O delirium caracteriza-se por um declínio agudo da atenção e função cognitiva com curso flutuante. A sua etiologia é multifatorial, resultando da interação entre a vulnerabilidade basal do doente e agentes precipitantes agudos. Dado o seu impacto na duração do internamento e na taxa de institucionalização pós-alta, este estudo teve como Objetivo identificar os principais preditores demográficos e clínicos, bem como o impacto de agentes iatrogénicos modificáveis.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 204 doentes admitidos num serviço de Medicina Interna. Foram analisadas variáveis demográficas, estratificadas por idade, género, proveniência, antecedentes de demência, intercorrências do internamento (uso de dispositivos invasivos, corticoterapia) e parâmetros laboratoriais. A análise estatística foi realizada através do Teste do Qui-quadrado de Pearson para variáveis nominais e do Teste t de Student para a comparação de médias de idade e parâmetros laboratoriais. A força da associação foi estimada pelo cálculo de Odds Ratio (OR), fixando-se a significância estatística em $p < 0.05$.

Resultados: A incidência de delirium na amostra foi de 16,7%. O grupo com delirium apresentava uma média de idade superior (84,2 vs 72,8 anos; $p < 0,001$), com particular incidência na faixa etária superior a 85 anos ($p < 0,001$), com maior prevalência em mulheres (61,8%) mas sem significância estatística. A demência (70,6%, OR 3,2; $p < 0,001$) e a institucionalização (41,2% vs 8,8%; $p < 0,001$) prévias foram os principais fatores predisponentes. Dentre os fatores precipitantes modificáveis, o uso de algaliação associou-se a um risco significativamente superior de delirium (41,2% vs 17,6%; $p < 0,001$, OR 3,3), assim como a corticoterapia (14,7% vs 5,3%; $p = 0,041$). Relativamente aos parâmetros laboratoriais, a hiponatremia (26,5% vs 12,9%; $p = 0,032$) e a Proteína C Reativa (85,3% vs 67,1%; $p = 0,028$) apresentaram correlação com o delirium. O delirium associou-se a um prolongamento do internamento (14,8 vs 10,2 dias; $p = 0,002$) e a um risco de institucionalização à alta quatro vezes superior (23,5% vs 6,5%; $p < 0,001$; OR 4,4). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa com a mortalidade, necessidade de oxigenoterapia ou antibioterapia, nem com a presença de outras comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca.

Conclusões: Os resultados corroboram a natureza multifatorial do delirium no idoso, reiterando a interação entre a vulnerabilidade funcional prévia e a exposição a fatores precipitantes intra-hospitalares. A identificação da algaliação e da terapêutica corticoide como

preditores independentes, a par de desequilíbrios metabólicos como a hiponatremia e o estado inflamatório sistémico, sublinha a necessidade de uma vigilância clínica dirigida a estes alvos modificáveis.

O delirium configura-se como um determinante crítico de insucesso social, com impacto direto no prolongamento do internamento e na perda da viabilidade do regresso ao domicílio. Conclui-se que a implementação de protocolos de rastreio sistemático, a otimização do estado de hidratação e a evicção precoce de dispositivos invasivos são estratégias fundamentais para a preservação da autonomia e a melhoria do prognóstico funcional do idoso hospitalizado.

CO 122

RISCO NUTRICIONAL EM MEDICINA INTERNA: DISCREPÂNCIA ENTRE REGISTO CLÍNICO E CODIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Beatriz Santos Caldeira; Rita Monteiro; Filipe Costa; Ana Craveiro; Susana Ferreira; Ricardo Marinho

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O rastreio nutricional à admissão hospitalar foi implementado em 2019 reconhecendo a malnutrição como ponto fulcral a abordar durante o internamento. A qualidade da documentação clínica e da codificação diagnóstica que resultam destes internamentos determina a fiabilidade dos dados administrativos hospitalares, tanto em termos epidemiológicos como financeiros e de qualidade de cuidados. Registos que sub-representem condições com impacto prognóstico e económico como a malnutrição levam à subestimação do risco e dos custos a esta associados.

Objetivo: Comparar a prevalência clínica e a codificação formal do risco nutricional em enfermarias de Medicina.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo realizado num Serviço de Medicina de um Hospital Universitário terciário durante dois anos. A partir do registo de alta do Processo Clínico Eletrónico foram extraídos dados demográficos e de morbilidade codificados pelo *International Classification of Diseases-10* (ICD-10). Já a prevalência de risco nutricional foi obtida aplicando o *Nutritional Risk Screening 2002* à admissão hospitalar. Analisados ainda dados de mortalidade intra-hospitalar e de custos hospitalares, utilizando o software IBM SPSS v.29 ($p < 0.01$) na análise estatística.

Resultados: Foram considerados 1150 doentes hospitalizados (idade média de 72 ± 17 anos, 57% mulheres), dos quais 42,4% apresentavam risco nutricional à admissão. De forma estatisticamente significativa, estes últimos eram mais idosos e apresentavam maior Índice de Charlson, tempo de internamento e mortalidade. Contudo, a respetiva codificação ICD-10 quanto ao risco nutricional surgiu em apenas 0,7% dos episódios, trazendo uma discrepância absoluta de cerca de 41,7%.
Conclusão: A elevada prevalência de risco nutricional

(42,4%) observada neste estudo é consistente com o que tem vindo a ser documentado na literatura, verificando-se, contudo, uma discrepância extrema entre esta e a sua codificação formal nos resumos de alta hospitalar. Esta ausência quase completa de registo tem impacto direto na caracterização da população hospitalizada, tanto em complexidade como em severidade, interferindo diretamente com indicadores de resultados e análises de custos. Este estudo vem realçar a importância da codificação do risco nutricional, reconhecendo a necessidade de melhoria na identificação desta situação clínica e de sistematização dos registos, para que a abordagem clínica possa ser adequada e os indicadores fiáveis, de forma a melhorar os *outcomes* hospitalares e otimizar os recursos em saúde.

CO 123

CASUÍSTICA DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS VIRAIS EM ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA NO ANO DE 2025

Ricardo Raposo; Helena Antunes; Daniela Ribeiro; Diogo Medeiros; Beatriz Tavares; Luis Macedo; Pamela Ferreira; Luis Dias

Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: As infeções respiratórias virais, nomeadamente por vírus Influenza, sincicial respiratório (VSR) ou SARS-Cov-2, constituem um problema de saúde pública. Estes são os agentes com maior relevância clínica e tratamento dirigido. Nas regiões de clima temperado, apresentam uma distribuição sazonal nos meses de inverno. Os fatores de risco incluem idade >65 anos, doença cardíaca e pulmonar, DM e obesidade. Estas infeções podem levar a várias intercorrências que motivam o prolongamento do internamento e aumento de comorbilidade e mortalidade. Foi Objetivo dos autores rever a casuística dos internamentos por estas infeções no Serviço de Medicina Interna em 2025.

Material e métodos: Consulta da base de dados do internamento do serviço, por palavras-chave “influenza”, “gripe”, “VSR”, “vírus sincicial”, “SARS-CoV-2” e “COVID-19”; revisão das notas de alta dos casos selecionados; definição das variáveis para análise: sexo, idade, Escala de Barthel, Índice de Comorbilidade de Charlson, Escala de Fragilidade Clínica, comorbilidades, vacinação, antimicrobianos, dias internamento, gravidade clínica, intercorrências e óbitos.

Resultados: Foram analisados 160 internamentos (12,2% do total de 2025) causados por estas infeções, sendo 58,1% sexo feminino e a média de idades de 75 anos. A maioria tinha elevado grau de autonomia, mas com índice de comorbilidade alto de 5,8 pontos em grande parte por doença cardiovascular e diabetes mellitus. A média de duração de internamento foi de 10 dias e a taxa de mortalidade 8,1%. Destes utentes apenas 56,3% eram vacinados.

A infeção por vírus influenza motivou 65,6% dos inter-

naimentos, com maior número de admissões no mês de março; o VSR motivou 16,3%, a maioria no mês de fevereiro; o SARS-CoV-2 foi responsável por 18,1%, a maioria em agosto. 74,3% dos internamentos tiveram sobreinfeção bacteriana e 66,9% insuficiência respiratória tipo 1. As intercorrências mais comuns foram Delirium, Insuficiência Cardíaca e Infeções do Trato Urinário. O oseltamivir foi prescrito em 97,2% dos casos de infeção pelo vírus Influenza e o remdesivir foi utilizado em 82,8% dos casos de infeção pelo SARS-CoV-2.

Conclusões: As infeções respiratórias virais representam um motivo de internamento comum em Medicina Interna, pois em doentes frágeis, na presença de fatores de risco evoluem para pneumonia bem como descompensação de patologias de base e agravamento de fragilidade, sendo essencial promover precocemente reabilitação respiratória e motora. As infeções por Influenza motivaram o maior número de admissões, sendo que a infeção por SARS Cov2 pós período pandémico mantêm-se residual e sem distribuição sazonal concreta. As infeções por VSR, apesar de em reduzido número constituem um agente em crescente incidência e complexidade. Estas infeções merecem toda a atenção dos Internistas, e urge rever estratégias de incentivo à vacinação em grupos de risco.

CO 124

A RESISTÊNCIA À INSULINA AFETA A RIGIDEZ ARTERIAL

Carolina Olim¹; Ana Célia Sousa¹; Cláudia Sousa¹; Cátia Martins¹; Eduarda Moniz¹; Vasco Nunes¹; Carolina Freitas²; Mariana Rodrigues²; Sofia Borges²; Eva Henriques²; Sónia Freitas²; Ana Cardoso²; Maria João Oliveira²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ²Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça (SESARAM, EPERAM); ³Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School

Introdução: O aumento da rigidez arterial resulta sobretudo do envelhecimento biológico e dos processos de arteriosclerose que progressivamente comprometem a elasticidade e a capacidade de distensão das artérias. A rigidez arterial relaciona-se com a lesão endotelial e é um fator de risco de doença cardiovascular. Vários fatores comportamentais e genéticos, aceleram de forma substancial o processo de deterioração da saúde vascular. A rigidez arterial é medida através da velocidade de onda de pulso (VOP). A insulinoresistência é um dos maiores indicadores de doença cardiovascular. O *Metabolic Score for Insulin Resistance* (METS-IR) é um score validado e reconhecido que estima o grau de resistência à insulina, de forma prática e não invasiva. No entanto, a correlação entre a insulinoresistência e a VOP ainda está pouco estudada.

Objetivo: Avaliar se a insulinoresistência determinada pelo cálculo do score METS-IR se associa à velocidade

de onda de pulso e se existe correlação entre estas duas variáveis.

Métodos: Determinámos numa população de 882 indivíduos, com idade média de $50,5 \pm 8,7$, a velocidade de onda de pulso (VOP), que é um índice de distensibilidade arterial, através do método *Complior*. Todos os indivíduos colheram sangue para análises bioquímicas. Calculámos em toda a população o *score* de METS-IR pela fórmula: $\ln [2 \times \text{glucose em jejum (GJ)} + \text{triglicéridos (TG)}] \times \text{índice de massa corporal (IMC)} / \ln [\text{Colesterol de alta densidade (HDL-C)}]$. Fizemos um estudo caso-controlo consoante tinham VOP elevada ($VOP \geq 10 \text{ m/s}$) ou não ($VOP < 10 \text{ m/s}$). Os valores do METS-IR foram distribuídos em quatro quartis: 1º quartil $\leq 35,17$; 2º quartil $> 35,17$ e $\leq 40,62$; 3º quartil $> 40,62$ e $\leq 47,17$; e 4º quartil $> 47,17$. Avaliamos no grupo dos casos ($VOP \geq 10 \text{ m/s}$) a percentagem de indivíduos no 1º e no 4º quartil, fizemos o mesmo para o grupo dos controlos. Posteriormente, fez-se uma correlação de *Pearson* entre os valores da VOP e do METS-IR. Por fim, fez-se uma análise multivariada com outros fatores de risco de doença cardiovascular nomeadamente: sedentarismo, consumo de álcool e tabagismo e o METS-IR para estimar quais as variáveis que se associavam de forma significativa e independente ao aumento da VOP.

Resultados: O grupo dos casos ($VOP \geq 10 \text{ m/s}$) era constituído por 89 indivíduos e o dos controlos ($VOP < 10 \text{ m/s}$) por 793 indivíduos. Os nossos resultados indicam que o grupo dos casos tem mais indivíduos com índice METS-IR no 4º quartil (62,9%) em relação ao 1º quartil (37,1%) e o oposto verificou-se no grupo dos controlos, no 4º quartil (48,5%) e no 1º quartil (51,5%), e com diferença significativa $p = 0,010$. Uma correlação positiva de *Pearson* foi encontrada entre a VOP e o METS-IR ($p < 0,0001$). Após análise multivariada onde estudámos, para além do METS-IR, outros fatores de risco de doença cardiovascular, os que permaneceram na equação e que se associam de forma significativa e independente ao aumento da VOP foram: METS-IR (OR=1,616, IC95% (1,018-2,567) $p < 0,042$) e o sedentarismo (OR=1,696, IC95% (1,053-2,734) $p < 0,030$).

Conclusões: Comprovou-se que o METS-IR está associado a maior rigidez arterial na nossa população de forma significativa e independente. Também concluiu-se que existe correlação positiva entre o aumento da VOP e o METS-IR. Estes achados ressaltam o importante papel da insulinoresistência na lesão da parede arterial, o que contribuiu para o aumento da VOP. Este índice de insulinoresistência pode ser utilizado em larga escala na atividade clínica como medida de prevenção do risco cardiovascular.

CO 125

IMPACTO DA ALERGIA A FÁRMACOS NA MORTALIDADE E DURAÇÃO DO INTERNAMENTO: COORTE RETROSPECTIVA

Ricardo Geraldês; João Coelho; José Brito; Dilva Silva; Francisca Cunha; Ana Todo-Bom

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As alergias a fármacos apresentam uma prevalência crescente na prática clínica atual, com implicação direta na abordagem terapêutica do doente internado. A sua presença pode condicionar decisões médicas, nomeadamente forçando o recurso a esquemas farmacológicos alternativos, e refletir uma maior fragilidade clínica geral. Apesar desta relevância, o seu impacto prognóstico na mortalidade e duração do internamento permanece insuficientemente caracterizado. Este estudo teve como Objetivo avaliar o impacto da presença de alergias a fármacos na duração do internamento e na mortalidade durante o mesmo, num serviço de Medicina Interna.

Métodos: Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo, que incluiu todos os internamentos no serviço de Medicina Interna de um hospital terciário entre 2021 e 2023. Os dados foram extraídos da base de dados de codificação clínica do hospital, sendo a presença de alergia a fármacos identificada através do código diagnóstico ICD-10 Z88 (História pessoal de alergia a drogas, medicamentos e substâncias biológicas). Foram recolhidos dados demográficos (idade e sexo), duração do internamento e desfecho (alta ou óbito).

A associação entre alergia a fármacos e duração do internamento foi avaliada por regressão linear múltipla após transformação logarítmica da variável dependente. A associação com a mortalidade durante o internamento foi analisada por regressão logística multivariável, ajustada para idade e sexo. A capacidade discriminativa deste modelo foi ainda avaliada através da curva ROC.

Resultados: Foram incluídos 18 343 internamentos. Destes, a mediana de idades foi de 83 anos e 54,5% eram do sexo feminino. A prevalência documentada de alergias a fármacos foi de 2,1% ($n=392$), sendo que 93,1% destas correspondiam a alergia a antibióticos. A mediana da duração do internamento foi de 8 dias (AIQ=8) e a mortalidade global foi de 15,1%.

Na regressão linear múltipla, as alergias a fármacos não se associaram de forma independente à duração do internamento ($\beta=0,066$; IC95% $-0,016$ a $0,148$; $p=0,118$).

Na regressão logística multivariável, a alergia a fármacos associou-se a uma maior mortalidade durante o internamento (OR 1,45; IC95% 1,12–1,89; $p=0,005$), independentemente da idade e do sexo. Este modelo apresentou capacidade discriminativa moderada (AUC = 0,646).

Conclusão: A presença de alergias a fármacos asso-

ciou-se significativamente e de forma independente a uma maior mortalidade durante o internamento. Por outro lado, não se verificou uma associação significativa com a duração do internamento. A maior taxa de mortalidade nos doentes internados com alergia a fármacos sugere que esta condição poderá constituir um marcador de vulnerabilidade e de maior complexidade clínica. São necessários estudos prospetivos para esclarecer se este pior prognóstico deriva da limitação nas opções terapêuticas, nomeadamente pela restrição da antibioterapia de primeira linha.

CO 126

WHO DO WE MISS? CLINICAL AND PROFESSIONAL FACTORS INFLUENCING THE RECOGNITION OF PALLIATIVE NEEDS

Francisca Torres Sarmiento¹; Ana Rita Tomás²; Sara Sarmiento¹; Mariana Alves¹

¹Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ²Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introduction: In Portugal, the limited availability of specialized palliative care units means that most patients with advanced illness receive end-of-life care in internal medicine wards. Despite the existence of structured tools such as SPICT-PTTM, these instruments are inconsistently applied in routine practice, and recognition of palliative care needs frequently relies on clinicians' judgment. Understanding which professional and clinical factors influence accurate recognition is essential for improving early identification in non-specialist settings.

Methods: A cross-sectional study was conducted in an internal medicine ward, including 103 adult inpatients. Palliative care needs were determined using SPICT-PTTM as the reference standard. Physicians' and nurses' clinical intuition was assessed independently and compared with the SPICT-PTTM classification. Professional variables included prior palliative care training (internship or postgraduate education) and years of clinical experience, while clinical variables included frailty (Clinical Frailty Scale) and the presence of advanced chronic conditions, including dementia, chronic respiratory disease, and malignancy. These variables were considered potential confounders and were adjusted for in multivariable logistic regression analyses

Results: SPICT-PTTM identified palliative care needs in 54.4% of patients, whereas clinical intuition identified 40.8%. Although patient-related characteristics did not reach statistical significance in the final model, distinct clinical trends were observed. Increasing frailty showed a borderline association with lower recognition accuracy (OR = 1.49; $p = 0.081$). Similarly, higher odds of misclassification were observed in patients with dementia (OR ≈ 2.25 ; $p = 0.158$) and chronic respiratory disease (OR = 3.28; $p = 0.217$), whereas malignancy tended to facilitate recognition (OR = 0.51; $p = 0.351$).

Professional background appeared to be a stronger determinant of recognition accuracy. Among physicians, prior palliative care training was significantly associated with higher accuracy in univariate analysis (84.6% vs 42.9%; $\chi^2=10.31$, $p=0.016$). In the multivariable model, this training remained associated with substantially lower odds of misclassification (OR = 0.17), approaching statistical significance ($p = 0.072$). Years of experience did not correlate with improved recognition.

Conclusion: Recognition of palliative care needs based on clinical intuition alone may be limited, particularly in frail patients with non-oncological conditions. Specific training in palliative care appears to play a greater role in improving recognition accuracy than professional seniority. Implementing systematic screening approaches alongside targeted training may help reduce missed opportunities for timely palliative care identification in Internal Medicine wards.

CO 127

FORMAÇÃO MÉDICA PRÉ-GRADUADA EM MEDICINA INTERNA: RELEVÂNCIA DA MENTORIA NA ESCOLHA DA ESPECIALIDADE

Ana Leite¹; Juliana Sá²; Andreia Vilas-Boas³

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã;

²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior;

³Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro

A Medicina Interna (MI) é essencial nos sistemas de saúde, destacando-se pela abordagem integrada do doente adulto complexo. Nos últimos anos a especialidade tem enfrentado inúmeros desafios, entre os quais uma elevada percentagem de vagas não preenchidas no Concurso de Acesso ao Internato Médico, limitando a sua capacidade de crescimento e renovação.

A escolha da especialidade é um processo multifatorial influenciado por experiências académicas, fatores pessoais e contextuais ao longo da formação pré-graduada. De acordo com a literatura, os estágios clínicos e a interação com o tutor e mentor têm um impacto relevante na decisão de carreira. Em Portugal o contributo da mentoria na escolha da Medicina Interna permanece pouco explorado.

O presente estudo pretende avaliar o impacto da mentoria e da qualidade do estágio de MI na perceção da especialidade e na predisposição para a escolha da carreira entre estudantes de uma Instituição de Ensino Superior Portuguesa.

Realizou-se um estudo observacional, transversal, com componente quantitativa e qualitativa exploratória, envolvendo 488 alunos do 4.º ao 6.º ano do ano letivo 2025/2026 de uma Faculdade Médica Portuguesa. Foram recolhidos dados através de questionário online com perguntas de resposta fechada (escala Likert) e de resposta aberta sobre as preferências de cada aluno. Foi realizada análise estatística descritiva, testes inferenciais e coeficientes de correlação.

Obtiveram-se respostas de 279 participantes. Os resultados mostraram elevado reconhecimento do valor clínico da MI ($M=4,73$; $CV=11\%$), contrastando com baixo interesse vocacional ($M=2,31$; $CV=45\%$). 85,7% dos estudantes tiveram um tutor atribuído, mas 36,4% dos alunos sentiram que o tutor não se interessava pela sua evolução profissional. 93,9% dos alunos acreditam que a ação de um bom mentor pode influenciar a escolha da especialidade. Verificou-se ainda a existência de uma correlação entre as melhores experiências de mentoria e um maior interesse profissional pela especialidade ($r=0,517$; $p<0,001$).

Os mentores demonstraram competência pedagógica e disponibilidade ($M=4,25$), mas insuficiência no incentivo à reflexão sobre o percurso profissional ($M=2,98$; $CV=42\%$). A motivação gerada durante o estágio foi o fator mais forte de atratividade pela MI ($r=0,597$).

O presente estudo destaca a importância das experiências de mentoria no contacto clínico com a MI e no interesse vocacional pela especialidade. Apesar de ser um trabalho unicêntrico, espera-se que este estudo contribua para a reflexão acerca do papel dos tutores nos estágios clínicos e do impacto das experiências do ensino pré-graduado para a escolha das especialidades. Esta reflexão e decisões que dela advenham poderão contribuir para uma maior capacidade de renovação dos serviços de Medicina Interna. É fundamental implementar modelos estruturados que incluam a formação pedagógica, clínica e vocacional dos tutores de forma a promover estágios clínicos de qualidade, garantindo a sustentabilidade da especialidade em Portugal.

CO 128

SCREENING FOR PALLIATIVE NEEDS: CAN WE RELY ON PHYSICIANS' AND NURSES' INTUITION?

Francisca Torres Sarmiento¹; Ana Rita Tomás²; Sara Sarmiento¹; Mariana Alves¹

¹Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ²Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introduction: Early recognition of patients with palliative care needs remains a clinical challenge and is often delayed, contributing to prolonged hospitalizations, suboptimal symptom control, and potentially disproportionate interventions. In Portugal, limited availability of specialized palliative care units means most end-of-life care occurs in internal medicine wards, where structured screening tools are inconsistently applied, with clinicians often relying on intuitive clinical judgment (“gut feeling”). This study aimed to evaluate the accuracy of healthcare professionals’ clinical intuition and the Surprise Question (SQ), using SPIC-T-PT™ as the reference tool.

Methods: A cross-sectional observational study including 103 patients admitted to an Internal Medicine ward, between January and September 2025 was conducted, with statistical analysis performed using JASP.

Physicians and nurses independently assessed each patient based on clinical intuition (“gut feeling”) and the Surprise Question (SQ). SPIC-T-PT™ was applied as the reference standard. Sensitivity, specificity, McNemar’s test, and Cohen’s kappa were calculated.

Results: A total of 103 patients were included. The mean age was 79.6 ± 13.0 years and 59.2 % were female. Overall, 54.4% met SPIC-T-PT™ criteria for palliative care needs. Positive screening rates for the SQ and clinical intuition were 77.7% and 40.8% among physicians, and 58.3% and 28.2% for nurses, respectively.

Among physicians, “gut feeling” demonstrated moderate sensitivity (66.1%) and high specificity (89.4%), with moderate agreement with SPIC-T-PT™ ($\kappa=0.54$; $p<0.001$). In contrast, the SQ showed markedly higher sensitivity (96.4%) but lower specificity (44.7%) and slightly lower agreement ($\kappa=0.43$). McNemar’s test confirmed a statistically significant difference between the two methods ($\chi^2 = 36.1$, $p < 0.001$), indicating that the SQ identifies a significantly larger proportion of patients with palliative care needs.

Among nurses, “gut feeling” showed low sensitivity (44.6%) but high specificity (91.5%), with fair agreement with SPIC-T-PT™ ($\kappa=0.31$; $p<0.001$). The SQ demonstrated higher sensitivity (75.0%) but lower specificity (61.7%), achieving slightly higher agreement ($\kappa = 0.38$), with no statistically significant difference observed compared to nurses’ gut feeling ($p = 0.094$). Overall, physicians demonstrated higher sensitivity and concordance with SPIC-T-PT™, whereas nurses showed slightly higher specificity.

Conclusion: Clinical intuition acts as a ‘rule-in’ tool for advanced disease (high specificity) but fails as a screening tool. The SQ offers high sensitivity as an initial screening method, but its lower specificity requires a confirmatory assessment using structured tools such as SPIC-T-PT™. Across both professions, the SQ prioritized sensitivity at the expense of specificity, whereas clinical intuition provided a more specific but less sensitive diagnostic profile. A systematic, two-step screening strategy may improve end-of-life care in Internal Medicine. Physicians demonstrated superior diagnostic accuracy and greater agreement with SPIC-T-PT™ than nurses.

CO 129

DOUBLE TROUBLE: RISK FACTORS FOR CONTRALATERAL HIP FRACTURES FOLLOWING INITIAL INJURY

Raquel Cunha Machado Martins; Filipa Fialho Reis; Hugo Alexandre Ferreira; Ana Margarida Silva; Alexandra Resende; Francisco Serra Alves; Mariana Alves

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Background: Contralateral hip fractures represent a severe complication in older patients, with incidence ranging from 6% to 14%. Despite recognized risk fac-

tors, Portuguese data remain scarce. This study aimed to identify clinical, functional and perioperative determinants of contralateral proximal femur fracture in a geriatric Portuguese cohort.

Methods: We conducted a retrospective observational cohort study including patients aged ≥ 65 years admitted with a hip fracture to a tertiary hospital (December 2022 – December 2024). Contralateral proximal femur fracture was confirmed by imaging and clinical records. Demographic, clinical, functional and pharmacological variables were compared between patients who sustained contralateral fractures and those who did not. Statistical analysis used Student's t-test for continuous variables and chi-squared and Fisher's exact tests for categorical variables, with significance set at $p < 0,05$.

Results: Among 878 patients (mean age 84.4 years), 126 (14.4%) sustained a contralateral hip fracture. Patients with contralateral fractures were significantly older (85.7 ± 7.3 vs 84.1 ± 7.9 years; $p=0.039$), more frequently institutionalized (25.6% vs 17.9%; $p=0.044$) and had lower Body Mass Index, although without reaching statistical significance (22.5 ± 5.7 vs 24.4 ± 6.4 ; $p=0.056$). Pertrochanteric and periprosthetic fractures were more common in this group, while subcapital fractures were less frequent ($p=0.021$). Pre-fracture walking aid dependence was associated with higher contralateral fracture risk (55.7% vs 41.7%; $p=0.023$). Smoking showed an inverse association (5.3% vs 13.7%; $p=0.009$), likely reflecting survival bias. Paradoxically, the contralateral group exhibited lower in-hospital (0.8% vs 4.5%; $p=0.048$) and 3-month mortality (4.8% vs 11.8%; $p=0.018$).

Conclusions: In our orthogeriatric cohort, contralateral hip fractures occurred in 14.4% of patients and were significantly associated with advanced age, institutionalization, and pre-fracture walking aid dependence. The paradoxically lower short-term mortality observed in this group suggests a survivorship bias, emphasizing the crucial need for targeted secondary prevention in this frail subpopulation.

Keywords: Hip fracture; Contralateral fracture; Older people; Frailty; Risk factors; Secondary prevention

CO 130

CARATERIZAÇÃO DE NONAGENÁRIOS E CENTENÁRIOS INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

João Tiago Loja; Margarida Ornelas; Isabel Araújo; Rafael Nascimento; Diogo André; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: O envelhecimento populacional constitui uma realidade inevitável, como resultado do aumento da esperança média de vida, que é hoje superior a 80 anos em Portugal. Todavia, escassos são os estudos que descrevem a população mais idosa e que inadiavelmente é admitida num hospital, a qualquer momen-

to. Neste sentido, este trabalho teve como Objetivo o de caracterizar os doentes nonagenários e centenários admitidos nas enfermarias de Medicina Interna.

Materiais e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo descritivo, tendo por base a consulta dos processos clínicos de 89 doentes com, pelo menos, 90 anos e que estiveram internados num serviço de Medicina Interna, entre janeiro a dezembro de 2025.

Resultados: A maioria dos doentes hospitalizados era do género feminino ($n=57,64\%$) e a média etária foi de $94 \pm 3,2$ anos. Em relação ao local de proveniência dos doentes que ficaram internados, verificou-se que 69(87%) doentes viviam em domicílio e os restantes 20 encontravam-se institucionalizados. À admissão hospitalar, 48(54%) doentes foram considerados totalmente dependentes de terceiros, outros 30 doentes considerados parcialmente dependentes e 11 pessoas eram independentes. No que concerne ao número de fármacos prescritos em ambulatório, 88 doentes estavam medicados com, pelo menos, 1 fármaco. 54(61%) doentes estavam medicados com 5 ou mais fármacos. Dentro do grupo que se encontrava polimedicado, 25(46%) pessoas eram totalmente dependentes. 61(69%) doentes tinham medicação anti-hipertensora prescrita, sendo que a maioria ($n=16,26\%$) estava sob monoterapia com inibidor da enzima de conversão da angiotensina(IECA). Fármacos anti-psicóticos foram prescritos a 29(33%) pessoas e 24(27%) doentes estavam medicados com benzodiazepinas. O diagnóstico de entrada mais prevalente à admissão esteve relacionado com patologia infecciosa do sistema respiratório($n=47,53\%$), seguindo-se infeção do trato urinário e a hiponatrémia. Obteve-se uma duração média de internamento de $10 \pm 7,8$ dias, com mínimo de 2 dias e máximo de 46 dias. Relativamente ao destino, 74(83%) idosos tiveram alta e registaram-se 15(17%) óbitos. De entre os doentes que faleceram, todos eram totalmente dependentes, 10(67%) eram do sexo feminino, 7 estavam institucionalizados e 6 polimedicados. A pontuação média obtida no índice de comorbilidades de Charlson foi de $5 \pm 0,7$, entre os doentes que vieram a falecer.

Conclusões: O crescente aumento de admissões hospitalares de nonagenários e centenários espelha a realidade nacional e europeia, na qual se tem assistido a um incremento da longevidade. No entender dos autores, deverá haver uma maior reflexão acerca da adequação efetiva das terapêuticas prescritas em ambulatório, cuja iatrogenia nestas faixas etárias reveste-se de grande importância. A realização de mais estudos na população nonagenária e centenária, com um melhor conhecimento da morbimortalidade, poderá contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados durante a hospitalização.

CO 131

CENTENÁRIOS INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA: CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO EXCEPCIONAL

Fábio Salgueiro¹; Pedro Fialho²; Catarina Tavares Valente²; Ruben Salgueiro²; Daniela Nascimento Silva²

¹IPO Coimbra; ²ULS da Guarda, EPE - Hospital Dr. Sousa Martins

Introdução: O aumento da esperança média de vida tem conduzido a um crescimento progressivo do número de centenários. Estes doentes apresentam frequentemente elevada fragilidade, multimorbilidade e dependência funcional, mas continuam pouco caracterizados em séries hospitalares. Este estudo teve como Objetivo descrever o perfil clínico, funcional e terapêutico de doentes centenários internados num serviço de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de coorte incluindo doentes com idade ≥ 100 anos internados entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2025 num serviço de Medicina Interna. Foi realizada uma análise descritiva das características demográficas, local de residência, comorbilidades, parâmetros laboratoriais à admissão, estado funcional, medicação prévia, intercorrências durante o internamento e desfechos clínicos. Para comparação entre grupos foram utilizados os testes de Mann-Whitney e exato de Fisher.

Resultados: Foram analisados 57 internamentos de centenários, com idade mediana de 100 [100-102] anos; 77,2% eram do sexo feminino e 68,4% residiam em lar/ERPI. Os diagnósticos infecciosos representaram 84,2% das admissões, sendo a pneumonia o diagnóstico principal em 61,4% dos casos. A carga de multimorbilidade foi elevada, com mediana de 5 [4-7] comorbilidades e índice de Charlson de 8 [5-9]. As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial (89,5%), insuficiência cardíaca (57,9%), demência (49,1%), doença coronária (36,8%) e doença cerebrovascular prévia (22,8%).

A dependência funcional era marcada à admissão, com valores medianos de Katz 0 [0-2] e Barthel 0 [0-25], sendo 89,5% dos doentes dependentes. Verificou-se presença de sonda nasogástrica em 15,8% dos doentes e úlceras de pressão em 59,6%. A polifarmácia foi frequente (91,2%), com mediana de 9 [7-10] fármacos. Entre as terapêuticas mais utilizadas destacaram-se benzodiazepinas (61,4%), antiagregantes plaquetários (33,3%) e anticoagulantes (21,1%). Durante o internamento registaram-se episódios de delírium ou agitação em 19,3% dos doentes.

A mortalidade intra-hospitalar foi de 43,9% e a mortalidade aos 30 dias de 56,1%. Observou-se tendência para níveis mais baixos de albumina à admissão nos doentes que faleceram durante o internamento (2,8 vs 3,0 g/dL; $p=0,067$).

Conclusões: Os centenários internados constituem uma população predominantemente feminina, fre-

quentemente institucionalizada, com elevada carga de multimorbilidade, dependência funcional marcada e polifarmácia significativa. A infeção, particularmente pneumonia, representa o principal motivo de internamento. A mortalidade hospitalar e precoce é elevada, refletindo a extrema fragilidade desta população. A caracterização detalhada destes doentes poderá contribuir para melhor estratificação prognóstica e adequação das estratégias de cuidados no futuro.

CO 132

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: LICENÇA PARA MATAR

Catarina Freitas Artilheiro; Ana Beatriz Couto; Andreia Nunes; Pedro Beirão

Hospital Garcia de Orta

Introdução: As emergências hipertensivas (EH) constituem cerca de 0,5–1% das idas ao serviço de urgência (SU), sendo definidas pela presença de tensão arterial sistólica (TAs) ≥ 180 mmHg e/ou tensão arterial diastólica (TAd) ≥ 120 mmHg associada a lesão de órgão-alvo. Esta entidade apresenta uma mortalidade intra-hospitalar de 9,9–24%.

Este trabalho tem como Objetivo determinar o impacto das emergências hipertensivas a nível de controlo tensional pós-internamento e de morbimortalidade intra-hospitalar.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, baseado em doentes admitidos por EH no SU de um hospital terciário, com posterior internamento em unidades de cuidados de nível II e III do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), entre julho de 2023 e dezembro de 2025. Foram recolhidos os dados clínicos através da consulta do SClinico® e do PatientCare®. A análise estatística foi realizada com o SPSS®. As variáveis contínuas foram expressas como média $\pm$ desvio-padrão e as variáveis categóricas como valores absolutos e percentagens. As comparações foram feitas com o teste T e regressão logística. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: Dos 3038 doentes admitidos no SMI, 3,4% ($n=102$) foram incluídos no estudo. Esta amostra caracterizava-se por 71,6% ($n=73$) de homens com uma média de idade de $59,1 \pm 15,8$ anos. A TAs média à admissão era de $196,0 \pm 31,0$ mmHg. O hematoma intraparenquimatoso destacou-se como a EH mais frequente (72,5%, $n=74$). Após a admissão no SMI, para controlo do perfil tensional hipertensivo, verificou-se a necessidade de manutenção de perfusão de anti-hipertensor via endovenosa (EV) durante uma média de $2,4 \pm 3,1$ dias. Ao longo do internamento, as classes de anti-hipertensor mais utilizadas (EV e *per os*) foram os bloqueadores dos canais de cálcio (73,5%), beta-bloqueantes (71,6%) e os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) (68,6%), sendo que 84,2% dos doentes se encontravam a fazer pelo menos 3 classes

de anti-hipertensor em simultâneo. O tempo médio de internamento no SMI foi de $11,8 \pm 17,2$ dias. A mortalidade dos doentes admitidos por EH no SMI foi de 15,7% (n=16), verificando-se uma associação estatisticamente significativa da mortalidade quer com a TAS à admissão ($p=0,025$), quer com o número de classes de anti-hipertensor ($p<0.001$). Entre os doentes vivos à data de alta do SMI, 48.8% (n=42) encontravam-se funcionalmente com algum grau de dependência.

Conclusão: As EH associam-se a uma morbimortalidade muito elevada. O seu controlo implica múltiplos anti-hipertensores inicialmente via EV, com necessidade de monitorização apertada. A taxa de mortalidade da amostra em estudo (15,7%) encontra-se em linha com a de estudos internacionais semelhantes.

CO 133

INFECÇÃO SARS-COV2 COM MANIFESTAÇÃO ISQUÊMICA ACRAL

Carla Dias Amaral; Mariana Souto; Magda Fernandes; Ussumane Embaló; Emília Lopes; Glória Alves
ULSAAVE

Introdução: A Infecção SARS Cov2 pode cursar com manifestações cutâneas, que podem surgir em diferentes fases da infeção e ter diferentes graus de gravidade. Apresentamos um caso de infeção SARS CoV2 com isquemia grave de dedos associada.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, autónoma, recorreu ao serviço de urgência por dor, parestesias e alteração da coloração de todos os dedos da mão direita, com cerca de 12 horas de evolução. Referiu também tosse seca nos 3 dias prévios, sem outras queixas. Ao exame físico é observada cianose no terço distal de todos os dedos da mão direita e hiperemia de todos os dedos da mão esquerda. Pulsos radiais presentes, amplos e simétricos. É internada por suspeita de vasculite e medicada com heparina de baixo peso molecular, bostano e nifedipina.

Realizados exames para exclusão de processo mitótico com tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino pélvico que revela provável adenoma da supra renal direita. Analiticamente: pico gama em eletroforese de proteínas, sendo que no aspirado medular são identificados menos de 1% de plasmócitos. Doppler arterial e venoso carotídeo, jugular, subclávio e dos membros inferiores com fluxos preservados.

Ao quarto dia de internamento apresenta-se febril e com quadro confusional agudo, tendo sido identificada infeção SAR Cov2.

Sem alterações analíticas de relevo ao nível de estudo de coagulação, autoimunidade ou viscosidade do soro. Sem alterações nas análises de catecolaminas séricas ou metabolitos das catecolaminas urinárias. Durante o internamento normotensa e sem alterações iónicas identificadas. Sem identificação de outros agentes microbiológicos. Sem eventos cardíacos disrítmicos ou

alterações em ecocardiograma identificadas. Evolui com necrose e amputação distal de 4 dedos.

Tendo sido colocadas as hipóteses de síndrome de hiperviscosidade, trombose/ embolização, vasculite autoimune ou paraneoplásica, sem que nenhuma se tenha confirmado, e tendo em conta o timing de positividade para o SARS CoV2, admitiu-se a isquemia de dedos em contexto de infeção por este agente.

Discussão: A infeção SARS CoV 2 pode assumir formas incomuns e graves e expressar-se muito além da dificuldade ou insuficiência respiratória. Neste caso as manifestações circulatórias/ cutâneas assumiram um quadro grave comprovando que esta infeção pode ser multissistémica.

CO 134

REATIVAÇÃO DA HEPATITE B – QUAL O CULPADO?

Sara Abreu; Ana Oliveira E Costa; Rita Dias; Ana Luísa Barbosa; Sandrina Machado; Graça Gonçalves; Irene Soares; Cláudia Ferrão; Paula Janeira
Hospital das Forças Armadas-Polo do Porto

A reativação da Hepatite B implica uma súbita replicação vírica num doente com hepatite B crónica ou exposição prévia ao vírus da hepatite B (VHB). Pode ocorrer espontaneamente, mas está geralmente associada à terapêutica imunossupressora.

Discute-se o caso de uma mulher de 85 anos, com artrite reumatóide sob prednisolona 2,5mg (desde 2023) e metotrexato 10mg/semana (desde 2024). Admitida por dor abdominal persistente, náuseas, saciedade precoce e anorexia com 3 semanas de evolução, após vacinação para COVID19. Na admissão, objetivamente a destacar Taur $37,5^{\circ}\text{C}$ mas anictérica e com abdómen depressível e indolor à palpação; analiticamente com PCR 90 mg/L, AST 3913U/L, ALT 3225U/L, GGT 127U/L e FA 58U/L, sem hiperbilirrubinemia, albumina 37g/L e INR 1,37; TC Abdominal com dilatação ligeira da via biliar mas sem trombose da veia porta.

Perante o quadro de hepatite aguda revisto contexto epidemiológico e possíveis etiologias: doente negava consumos etílicos, introdução recente de fármacos ou fitoterápicos, transfusões de sangue e contactos sexuais de risco (marido falecido há 1 ano, AgHBs negativo). Estudo serológico evidenciou AgHBs e AgHBc positivo com AtcHBc baixo e carga vírica 389307868 UI/ml; excluída infeção por HCV, CMV, EBV, HIV e HVD. Estudo imunológico também negativo. Assumida reativação de Hepatite B crónica e iniciou entecavir. Apesar do tratamento dirigido, apresentou agravamento clínico com evolução para falência hepática e falecimento ao 16º dia de internamento.

Apesar de fator de risco clássico, a terapêutica imunossupressora associa-se a um risco baixo de reativação do HVB (<1%). Contudo, revendo a literatura, encontram-se relatos de casos (com série publicada) de reativação da hepatite B após a administração da

vacina mRNA nucleosídeo-modificada, embora ainda sem relação causal estabelecida. A doente citada era imunodeprimida e o seu status serológico era desconhecido; contudo a relação temporal da vacinação e o início dos sintomas levanta a suspeição de uma relação de causalidade, alertando-nos para a necessidade de uma anamnese exaustiva e um elevado nível de suspeição para potenciais efeitos adversos de terapêuticas menos expectáveis.

CO 135

ENDOCARDITE POR *COXIELLA BURNETII*: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Luísa Maceda Rodrigues; Sofia Teixeira;
Margarida Miguel Paraíso; Ana Cristina Peixoto;
Pedro Rodrigues; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde São João

Introdução: A febre Q é uma zoonose causada por *Coxiella burnetii*, transmitida principalmente pela inalação de aerossóis contaminados provenientes de animais infetados. A infeção pode manifestar-se de forma aguda, geralmente autolimitada, ou evoluir para a forma crónica, habitualmente localizada, com evolução grave e potencialmente fatal.

Caso clínico: Homem de 58 anos, com antecedentes de toxicodependência, com consumo ativo de cocaína e heroína inaladas. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema dos membros inferiores com três semanas de evolução. O eletrocardiograma revelou fibrilhação auricular de novo e a radiografia torácica sinais de congestão pulmonar. Analiticamente destacavam-se anemia normocítica normocrómica, trombocitopenia e elevação do NT-proBNP (4968 pg/ml). Foi internado no Serviço de Medicina Interna por insuficiência cardíaca aguda.

O ecocardiograma transtorácico evidenciava insuficiência mitral grave com perfuração do folheto posterior, estrutura hiperecogénica sugestiva de sequela de endocardite e múltiplas estruturas filiformes móveis compatíveis com vegetações recentes, posteriormente confirmadas por ecocardiograma transesofágico. Durante o internamento manteve-se apirético, com proteína C reativa e procalcitonina baixas e hemoculturas seriadas negativas.

Foi submetido a valvuloplastia mitral com remoção das lesões compatíveis com endocardite. O estudo etiológico revelou positividade do fator reumatoide e serologias de *Coxiella burnetii* com títulos elevados (anticorpos fase I: IgG 1:25600, IgM 1:200; fase II: IgG 1:800, IgM 1:200), compatíveis com febre Q crónica. Iniciou terapêutica com doxiciclina 200 mg 12/12h e hidroxicloroquina 600 mg/dia, com duração prevista de 18 meses e foi orientado para a consulta de Medicina Interna.

Conclusão: Este caso ilustra o desafio diagnóstico da endocardite com hemoculturas negativas e a necessidade

de incluir agentes fastidiosos no diagnóstico diferencial, incluindo investigação serológica e molecular dirigida. O tratamento da endocardite por *Coxiella burnetii* difere substancialmente de outras etiologias, exigindo terapêutica prolongada, monitorização serológica e seguimento mínimo de 5 anos devido ao risco de recidiva.

CO 136

ARTRITE SÉPTICA CERVICAL: UMA CAUSA RARA DE CERVICALGIA

Claudio Coelho; Marta Matos Pereira;
Ana Garrido Gomes; Eduardo Viana; Nereida Monteiro;
José Miguel Gonçalves; Inês Ferreira
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A artrite séptica das facetas cervicais é rara e pode confundir-se com patologia degenerativa. Em contexto de bacteriemia, dor osteoarticular persistente deve motivar investigação de foco, mesmo com resposta favorável à antibioterapia inicial.

Caso clínico: Mulher, 75 anos, com fibrilhação auricular e doença renal crónica, recorre por disuria e febre ao serviço de urgência. Com múltiplas disfunções dor órgão à admissão pelo que foi assumido choque séptico de ponto de partida urinário. À admissão colheram-se hemoculturas e iniciou ceftriaxona empírica atendendo ao sedimento urinário com leucocitúria. O estudo do ponto de partida não foi conclusivo (leucocitúria discreta, urocultura negativa; sem foco abdominal evidente) e excluiu-se endocardite por ecocardiograma transtorácico. Do restante estudo efetuado, as hemoculturas identificaram *Escherichia coli*, apesar de urocultura negativa e, após teste de sensibilidade, foi descalada para ampicilina dirigida, com melhoria clínica e descida dos marcadores inflamatórios. Manteve, contudo, cervicalgia marcada e dolorosa à palpação cervical, sem febre nem défices neurológicos. Perante bacteriemia e dor localizada persistente, realizou PET com hipercaptação focal na região articular cervical e a ressonância magnética evidenciou inflamação exuberante das facetas posteriores direitas com edema ósseo e de partes moles, compatível com artrite séptica facetária, sem coleções. Em discussão multidisciplinar, sem indicação para cirurgia pela boa evolução. Cumpru 2 semanas de antibioterapia endovenosa eficaz e transitou para amoxicilina oral ajustada à função renal para completar 6 semanas, com seguimento em consulta de Ortopedia.

Discussão: A manutenção da cervicalgia persistente neste caso é o elo de ligação do raciocínio clínico e procura ativa de foco profundo. A raridade e as alterações degenerativas na RM podem atrasar o diagnóstico; o PET permitiu localizar o foco e a RM confirmou e excluiu complicações. Na ausência de abscesso, instabilidade ou défice neurológico, antibioterapia prolongada dirigida pode evitar cirurgia nestes doentes, exigindo vigilância clínica e imagiológica.

CO 137

O IMPORTANTE PAPEL DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DA ESPONDILODISCITE

Maria Guilherme Muchata; Ana Catarina Carvoeiro; Mariana Marques; Daniel Alves; Joana Urbano; Diana Guerra
ULSAM - Hospital de Santa Luzia

A espondilodiscite é uma infeção dos discos intervertebrais e dos corpos vertebrais adjacentes, sendo as vértebras lombares as mais frequentemente envolvidas. O seu principal mecanismo fisiopatológico é a disseminação hematogénica bacteriana.

Apresenta-se o caso de um homem de 80 anos, autónomo, com antecedentes de fibrilhação auricular, doença de Parkinson e patologia osteoarticular degenerativa. Episódio de urgência por lombalgia intensa com diminuição da força nos membros inferiores, sem febre ou elevação analítica dos marcadores de inflamação. Tomografia computadorizada da coluna lombar mostrou apenas alterações degenerativas, tendo alta com reforço da analgesia. Manteve agravamento progressivo da lombalgia e da incapacidade de deambulação, motivando novo episódio de urgência após 10 dias. À admissão, encontrava-se apirético e com diminuição bilateral e simétrica da força nos membros inferiores. Analiticamente, anemia ferropénica (Hb 10,9 g/dl), sem leucocitose e com proteína C reativa de 7,10 mg/dl. Ressonância magnética da coluna lombar identificou espondilodiscite ao nível de L2-L3, abscesso pré-vertebral esquerdo, abscesso canalar, alterações degenerativas em L2-L3 e L4-L5 com estenose do canal vertebral e possível compromisso das raízes nervosas. Drenaram-se os abscessos, foram colhidos produtos biológicos e iniciou antibioterapia empírica com Vancomicina e Ceftriaxone. Após isolamento de *Streptococcus salivarius* no pús, descalada antibioterapia para Ceftriaxone. Dado este isolamento microbiológico, foi solicitada avaliação por Estomatologia, identificando-se infeção periapical em 2 dentes com possível significado etiológico, tendo-se extraído os referidos dentes. Concomitantemente, realizado estudo complementar com colonoscopia que mostrou pólipos de grandes dimensões com área de necrose central no cólon transverso. A histologia revelou adenoma tubuloviloso com displasia de baixo e alto grau. Ficou orientado para Gastroenterologia, para mucosectomia e seguimento.

Este caso salienta a importância da investigação etiológica da espondilodiscite. Tratando-se o *Streptococcus salivarius* de um colonizador da cavidade oral e do trato digestivo, o estudo etiológico dirigido permitiu identificar e gerir atempadamente uma lesão pré-maligna do cólon

CO138

ADENOPATIA NEM SEMPRE É SINÓNIMO DE NEOPLASIA!

Joana Araújo Correia; António Leão; Vilma Laís Grilo
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

A presença de adenopatia axilar constitui frequentemente um sinal de alarme para doença neoplásica, particularmente em doentes com história prévia conhecida. Contudo, diversas patologias benignas, nomeadamente infeções bacterianas, virais, fúngicas ou parasitárias e doenças autoimunes, podem apresentar-se de forma similar, tornando a abordagem diagnóstica desafiante. Embora a biópsia ganglionar possa ser determinante para o diagnóstico definitivo, a sua realização deve ser criteriosa e integrada no contexto clínico.

Mulher de 69 anos, com antecedentes de neoplasia da mama, submetida a mastectomia simples bilateral há 2 anos, atualmente sob hormonoterapia, verifica o aparecimento de adenopatia axilar esquerda, mole, móvel e com sinais inflamatórios associados. Perante a elevada suspeita de recidiva neoplásica, o seu médico Oncologista solicita a realização de biópsia ganglionar, cujo resultado revela uma linfadenite granulomatosa, com coloração de Ziehl-Neelsen negativa.

A doente foi posteriormente encaminhada à consulta de Medicina Interna para estudo. À anamnese, negava sintomas constitucionais, alterações gastrointestinais, respiratórias, cutâneas, osteoarticulares ou visuais, bem como viagens recentes. Referia residir em meio rural e manter contacto frequente com gatos de rua não vacinados. As serologias de HIV, Hepatite A, B e C, *Treponema pallidum*, Herpes simplex 1 e 2, *Ehrlichia chaffensis* foram todas negativas, com exceção da *Bartonella henselae*, cuja pesquisa de anticorpos IgM e IgG foi positiva. Tratava-se portanto de um caso de Doença da Arranhadura do Gato. Após antibioterapia dirigida, verificou-se resolução completa da adenopatia.

Este caso destaca a importância de uma anamnese detalhada para uma melhor orientação diagnóstica. Mesmo na presença de antecedentes neoplásicos, etiologias infecciosas devem ser consideradas. A colheita de uma história clínica completa ad initium poderia ter evitado a realização de biópsia numa fase inicial de investigação.

CO 139

QUANDO UMA DOENÇA ESCONDE A OUTRA

Ana Catarina Camarneiro; Bebiã De Sousa; Inês Fernandes Coutinho; Rita Reis Correia; Inês B. Mesquita; Rosário Santos Silva
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A leptospirose é uma zoonose que permanece subdiagnosticada e subnotificada. Estima-se ocorrência de 1 milhão de casos/ano a nível mundial

que resultam em 60.000 mortes. O contágio ocorre pelo contato com a urina de animais infetados através de membranas mucosas ou pele não íntegra. Doença bifásica e inicialmente, com sintomas inespecíficos.

Caso clínico: Homem, 45 anos com febre, sudorese, sonolência, cefaleia, mialgias e exantema maculopapular com prurido, com sete dias de evolução, seguido de hiperemia conjuntival e colúria nos 2 dias prévios. Nas duas semanas anteriores, tinha recorrido três vezes ao serviço de urgência por astenia, odinofagia, mialgias e parestesias, tendo sido identificada hipocalcemia.

Antecedentes de hipotireoidismo e hipoparatiroidismo após tireoidectomia por bócio multinodular e com incumprimento terapêutico de levotiroxina e carbonato de cálcio. Reside em meio rural.

Analiticamente destacavam-se linfopenia (260/ μ L), Trombocitopenia (37000/ μ L), Anemia normocítica (13,1g/dL), lesão hepática padrão misto (AST 205 U/L, ALT 172 U/L, bilirrubina total 3,05 mg/dL, Factor R 2.5), Hipocalcemia grave (Ca ionizado 3mg/dL), Hipotireoidismo (TSH 84 mg/dL e FT4 0.8 mg/dL) e PCR 335mg/L. O exame da urina revelou hematúria microscópica, urobilina e pigmentos biliares.

Perante a suspeita clínica de leptospirose foi iniciada terapêutica com doxiciclina durante 7 dias posteriormente confirmada por serologia IgM positiva. Foi corrigida a hipocalcemia com gluconato de cálcio. Teve alta com levotiroxina 150mcg id, calcitriol 0,25mcg 2id, carbonato de cálcio 1500mg 2id.

Conclusão: Este caso ilustra a importância do reconhecimento precoce da leptospirose perante apresentações sistêmicas inespecíficas. A patologia endócrina descompensada constituiu um fator confundidor diagnóstico, o que reforça a necessidade de elevado índice de suspeição clínica em contextos epidemiológicos compatíveis.

CO 140

TUBERCULOSE DA COLUNA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO (E TERAPÊUTICO)

António Lopes Da Cruz; Iara Fazenda; Ana Frederica Parente; António Fernandes; Cátia Barreiros; Carmélia Rodrigues; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: As lesões ósseas vertebrais são um desafio diagnóstico, uma vez que múltiplas etiologias - neoplásicas, infecciosas ou inflamatórias - podem manifestar-se com características clínicas e imagiológicas semelhantes. A tuberculose vertebral, embora menos frequente que outras causas, pode mimetizar tumores ósseos primários ou metástases.

Caso: Homem paquistanês de 43 anos, sem antecedentes relevantes. Recorre ao serviço de urgência por lombalgia intensa com 3 meses de evolução com limitação funcional de agravamento progressivo. Múltiplas

vindas prévias com tratamento sintomático para causa musculoesquelética. Trazia RMN Lombar do exterior feita 1 semana antes com descrição de lesão infiltrativa óssea em D11 e D12 (sugestiva de tumor de células gigantes ou osteossarcoma telangiectásico). Analiticamente sem alterações de relevo. TC-TAP mostrou lesão lítica em D12, questionando também tuberculose óssea. PET revelou captação intensa de FDG nas lesões, sugerindo etiologia maligna. IGRA positivo.

A biópsia excluiu malignidade e a PCR de micobacterium tuberculosis (MT) complex foi positiva, assim como o exame cultural para MT, multissensível, configurando o diagnóstico de tuberculose da coluna, tendo sido iniciada terapêutica com tuberculostáticos com melhoria clínica.

Aos 7 meses de tratamento, na RMN de reavaliação, apresentou coleção no psoas que necessitou de drenagem tendo recorrência de coleção aos 3 meses com necessidade de nova drenagem. Por este motivo, tem indicação para terapêutica prolongada (pelo menos 18 meses) com tuberculostáticos.

Discussão: Este caso ilustra os desafios diagnósticos da tuberculose vertebral, que pode mimetizar neoplasias ósseas primárias, exigindo confirmação histológica e microbiológica. A elevada captação em PET-FDG não é exclusiva de malignidade. Complicações como abscessos do psoas podem surgir mesmo sob tratamento adequado, refletindo a natureza indolente da doença, justificando a vigilância imagiológica rigorosa e terapêutica prolongada.

CO 141

DOENÇA DE POTT CERVICAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE TUBERCULOSE DISSEMINADA

Rui Pancas; André Carlos Coelho; Leticia Wrobel Duarte; Filipe Vilão; Isabel Fonseca; Arsénio Santos
ULS Coimbra

Introdução: A tuberculose extrapulmonar representa cerca de 15% dos casos de tuberculose, sendo o envolvimento ósseo raro. A doença de Pott corresponde à forma vertebral da tuberculose, sendo o envolvimento cervical incomum.

Caso clínico: Homem de 46 anos, natural de Angola e residente em Portugal desde 2024, com queixas de cervicalgia direita e cefaleia occipital com dois meses de evolução, associadas a perda ponderal, astenia e conglomerado adenopático supraclavicular direito. ATC cervical revelou fratura patológica de C2 com suspeita de lesão lítica expansiva, confirmada por RM, obrigando a imobilização cervical. Apresentava anemia, parâmetros inflamatórios elevados, TB-Spot positivo, PET e TC toraco-abdomino-pélvica com adenopatias supra-diaphragmáticas hipermetabólicas e hiper captação da lesão de C2. A punção aspirativa ganglionar foi negativa para bacilos ácido-álcool resistentes, mas isolou *Burkholderia cepacia* e *Streptococcus salivarius*, co-

locando-se a hipótese de infecção bacteriana disseminada. Foi iniciada antibioterapia dirigida, sem melhoria clínica. Perante a persistência do quadro, a hipótese de tuberculose foi prevalecendo, motivando a realização de uma biópsia excisional ao 31º dia de internamento, que revelou linfadenite granulomatosa necrotizante. Face ao contexto epidemiológico, clínico e imagiológico, foi iniciado empiricamente esquema antibacilar (HRZE) por suspeita de tuberculose disseminada. Após oito semanas, foi isolado *Mycobacterium tuberculosis* em cultura ganglionar. O doente apresentou evolução clínica favorável sob terapêutica.

Discussão: Este caso ilustra o desafio diagnóstico da tuberculose extrapulmonar com apresentação atípica. A coinfeção bacteriana ganglionar constituiu um fator confundente relevante, orientando inicialmente a investigação para uma etiologia bacteriana disseminada, e a localização cervical da doença de Pott, dificultou a abordagem diagnóstica. Reforça-se a importância de manter elevada suspeita de tuberculose perante lesões osteolíticas vertebrais associadas a síndrome constitucional, sobretudo em doentes de áreas endêmicas, podendo justificar terapêutica antibacilar empírica, mesmo na ausência inicial de confirmação microbiológica.

CO 142

TOXICIDADE GRAVE AO LINEZOLIDE: OS RISCOS DO TRATAMENTO PROLONGADO

António Cardoso Fernandes; Ana Frederica Parente; Iara Fazenda; Alexandra Esteves; Cátia Barreiros; Carmélia Rodrigues; Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O linezolid é eficaz contra Gram-positivos multirresistentes. Contudo, o seu uso prolongado (>28 dias) associa-se a toxicidade severa. Embora efeitos adversos como diarreia sejam comuns (8-11%), complicações como mielossupressão e acidose láctica podem ser fatais (com mortalidade reportada de 25 a 50%), exigindo elevado índice de suspeição.

Caso clínico: Mulher, 86 anos, com internamento recente por fratura do tornozelo direito com infecção de material de osteossíntese (*a MRSE* e *S. capitis*), medicada com linezolid (600mg q12h) há 9 semanas. Admitida por diarreia, cólicas abdominais e náuseas com 3 dias de evolução. No Serviço de Urgência, apresentava-se polipneica e com dor à palpação abdominal. Analiticamente com acidémia metabólica com hiperlactacidemia (pH 7.25; lactato 8.8 mmol/L), lesão renal aguda AKIN 3 (Cr 4.31 mg/dL) e bicitopenia (Hb 8.4 g/dL; Pla 101.000/uL). A TC abdominal revelou espessamento parietal do cólon direito. Excluídas causas infecciosas, incluindo infecção por *C. difficile*, e isquemia mesentérica, assumiu-se toxicidade ao linezolid. A suspensão do fármaco e suporte com fluidoterapia, permitiram rápida resolução da acidemia e franca re-

cuperação hematológica e da função renal. Sem novas dejeções diarreicas desde a suspensão. Efetuou-se switch para doxiciclina e levofloxacina, com boa tolerância, tendo completado as 12 semanas de terapêutica eficaz preconizada, sem outra toxicidade.

Discussão: O linezolid inibe a síntese proteica bacteriana, mas pode apresentar reatividade cruzada com ribossomas mitocondriais humanos. A disfunção mitocondrial resultante explica a acidose láctica, a mielossupressão e a lesão de tecidos de rápida renovação. Nesta doente, o tratamento prolongado aliado à idade avançada precipitou a disfunção multissistémica observada. A apresentação mimetizou uma sépsis abdominal, mas a franca reversão clínica e laboratorial após a suspensão do fármaco validou o diagnóstico, sublinhando a importância da vigilância analítica nestes regimes prolongados.

CO 143

QUANDO NEM TUDO É CARCINOMATOSE: UM CASO DE TUBERCULOSE PERITONEAL

Jay Bagoandas¹; Mariana Gaspar²; Nathalie Duarte²; Beatriz Correia²; Ricardo Mendes²; Teresa Lopes²; Mariana Silva²; Maria Margarida Pereira²; Márcia Pereira²; Eugénio Teófilo²

¹ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos Serviço de Medicina ^{2,3}; ²ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos Serviço de Medicina ^{2,3}

Introdução A tuberculose (TB) peritoneal é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar, de apresentação insidiosa e inespecífica, podendo mimetizar carcinomatose peritoneal. Este caso reforça a importância do diagnóstico presuntivo baseado no quadro clínico, contexto epidemiológico e estudo do líquido ascítico, permitindo iniciar terapêutica precoce mesmo sem confirmação micobacteriológica.

Caso clínico: Doente masculino, 50 anos, natural do Congo, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e vômitos com quatro dias de evolução, associado a febre, sudorese noturna, anorexia e astenia 2 meses de evolução. Analiticamente apresentava leucopenia relativa, LDH 228 U/L e PCR 159 mg/L. A tomografia toraco-abdomino-pélvica sugeria carcinomatose peritoneal. Perante suspeita de neoplasia oculta com metastização peritoneal, foi internado.

Por suspeita de infecção abdominal, dada a febre e elevação dos parâmetros inflamatórios, iniciou-se antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam. Foram solicitadas novas análises, revelando CA-125 elevado (571 U/mL) e IGRA positivo. Submeteu-se a paracentese diagnóstica, que evidenciou ascite exsudativa com leucócitos 2589/mm³ (predomínio mononuclear), albumina 29,9 g/L (sérica 35,1 g/L), glicose 54 mg/dL (sérica 104 mg/dL), LDH 502 U/L e ADA 76,3 U/L. Cultura bacteriológica e TAAN do líquido ascítico foram negativas. Realizou-se também biópsia peritoneal. Assumiu-se diagnóstico presuntivo de TB peritoneal e

iniciou-se terapêutica antibacilar, com melhoria clínica e analítica progressiva. O doente teve alta, com indicação para manter terapêutica e iniciar seguimento em consulta de centro pneumológico. Posteriormente, a biópsia mostrou granulomas epitelioides com necrose focal e células gigantes tipo Langhans, sem neoplasia e a cultura micobacteriológica do líquido ascítico isolou *Mycobacterium tuberculosis complex*.

Discussão: A TB peritoneal constitui um desafio diagnóstico, podendo simular carcinomatose peritoneal. Este caso enfatiza a importância de não protelar o início de terapêutica precoce, visto que a cultura micobacteriológica pode demorar. A ascite exsudativa linfocitária com ADA elevada deve levantar suspeita de TB peritoneal. O CA-125 pode estar aumentado em casos de TB peritoneal, não sendo exclusivo de doença maligna.

CO144

SÍFILIS OCULAR COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE INFECÇÃO POR VIH

Filipe Da Cunha Pinto; Susana Teixeira; Rita Pinto Moreira; Marta Martins Ferreira; Mari Mesquita; Ana Areia Reis; Pedro Palma; Lindora Pires

Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução: A sífilis ocular é uma manifestação rara da infecção por *Treponema pallidum*, podendo surgir em qualquer estadio e constituir a forma de apresentação inicial de infecção por VIH. O reconhecimento precoce é essencial para prevenir compromisso visual irreversível.

Caso clínico: Homem de 36 anos, previamente saudável, recorreu por diminuição da acuidade visual do olho esquerdo com miodesopsias, dor ocular e hiperemia conjuntival com duas semanas de evolução. A observação oftalmológica revelou vitrite densa, tendo sido assumida retinocoroidite por toxoplasmose e iniciada terapêutica empírica com cotrimoxazol e colírios de dexametasona e atropina. O estudo revelou VDRL 1/128 e teste treponémico positivo, com serologia para toxoplasmose negativa. Analiticamente apresentava citólise hepática, identificando-se infecção aguda por vírus da hepatite A e serologia positiva para VIH. Realizou punção lombar com líquido cefalorraquidiano sem pleocitose, VDRL negativo e FTA-ABS positivo; contagem de CD4+ de 143/ μ L. Assumiu-se sífilis ocular em contexto de infecção por VIH avançada e iniciou penicilina G endovenosa em esquema de neurosífilis, com melhoria clínica e funcional. Iniciou terapêutica antirretrovírica e profilaxia para infeções oportunistas.

Discussão: Este caso destaca a sífilis ocular como possível manifestação inaugural de infecção por VIH e reforça a necessidade de rastreio de infeções sexualmente transmissíveis perante uveítes ou vitrites. A ausência de pleocitose no líquido cefalorraquidiano não exclui o diagnóstico, sendo o tratamento idêntico ao da neurosífilis. O diagnóstico e tratamento precoces são determinantes para a recuperação visual e controlo da doença.

CO 145

PARAGANGLIONOMA: QUANDO UM TUMOR RARO SE REVELA

Marco Ribeiro Ramos; Filipa Cunha; Rita Pinto; Ana Parreira; Daniela Santos; Céu Rodrigues

Hospital de Braga

Introdução: Paraganglionomas são tumores neuroendócrinos raros constituídos por células capazes de secretar catecolaminas. Frequentemente são assintomáticos, mas quando sintomáticos a maioria apresenta-se com sintomas de hipersecreção de catecolaminas, podendo, em casos mais raros, manifestar-se pela doença metastática.

Caso clínico: Sexo feminino, 53 anos. Lombalgia incapacitante com 1 mês de evolução, associada a anorexia e perda ponderal de 20kg no ano anterior. Realiza tomografia computadorizada que objetiva múltiplas lesões osteolíticas e fraturas vertebrais cervicais, dorsais, lombares e sacroilíacas, múltiplas lesões nodulares hepáticas sugestivas de metástases, adenopatias retroperitoneais e massa heterogênea, sólida, na região retroperitoneal, indissociável da parede do duodeno, sugerindo neoplasia com origem duodenal, eventual sarcoma. Internada para estudo e submetida a biópsia hepática ecoguiada ao 4º dia de internamento. Três horas após o procedimento verificada hipotensão arterial, taquicardia, palidez, extremidades frias e hipertermia. A tomografia abdominopélvica com contraste demonstrou hemorragia intrabdominal. Transferida para centro hospitalar de referência para embolização endovascular, acabando no entanto por falecer 3 dias depois. Resultado da biópsia, obtido post-mortem, compatível com paraganglionoma.

Conclusão: paraganglionomas abdominais extra-adrenais têm elevada taxa de metastização (até 50%), sendo os ossos, nódulos linfáticos, fígado e pulmão os locais mais frequentes de metastização. Como tal, este caso salienta a importância de baixo limiar de suspeita diagnóstica desta patologia na presença de tumores intrabdominais retroperitoneais, particularmente quando é ponderada biópsia uma vez que esta é contraindicada nesta patologia. Também importante salientar que apesar da taxa de mortalidade da biópsia hepática ser baixa (aproximadamente 0.01%), é uma possível complicação consequente a hemorragia intrabdominal severa

CO 146

SÍNDROME NEFRÓTICO E HIPONATREMIA COMO MANIFESTAÇÕES INAUGURAIS DE NEOPLASIA OCULTA

André Nogueira Antunes¹; Gabriela Silva¹; Romeu Pires²; Elisa Macedo Brás¹; Rute Rita Gonçalves¹

¹Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE;

²Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Introdução: O síndrome nefrótico caracteriza-se por proteinúria $\geq 3,5$ g/24h, hipoalbuminemia, edema, dislipidemia e hipercoagulabilidade, podendo associar-se a doenças sistêmicas e neoplásicas. A sua forma paraneoplásica é rara e constitui um desafio diagnóstico. A hiponatremia, frequentemente associada ao SIADH, em doentes euvolémicos, pode da mesma forma ser um marcador precoce de doença sistêmica subjacente.

Caso clínico: Mulher de 66 anos, com antecedentes de HTA, DM2, trombocitose essencial e pancreatites de repetição. Recorreu ao serviço de urgência após queda com fratura do rádio, sendo identificada hiponatremia grave (Na^+ de 122 mEq/L) e adenomegalias cervicais, axilares e inguinais palpáveis. Foi internada para correção e investigação etiológica da hiponatremia. Estudo analítico inicial inconclusivo. Realizaram-se TC TAP, CPRM e ecoendoscopia igualmente sem achados conclusivos. PET evidenciou foco de captação aumentada no intestino delgado. Durante o internamento desenvolveu síndrome nefrótica inaugural com anasarca, hipoalbuminemia grave (mínimo 1,7 g/dL), proteinúria até 10,4 g/24h e lesão renal aguda não oligúrica (creatinina máxima 2,4 mg/dL para basal 0,5 mg/dL) associada a acidose metabólica. Perante suspeita de doença de lesões mínimas, iniciou corticoterapia empírica, sem realização de biópsia renal por elevado risco técnico. Verificou-se evolução clínica favorável, com recuperação da função renal, correção da hiponatremia e controlo do estado de volémia. Após a alta, completou estudo endoscópico digestivo, identificando-se lesão jejunal proximal de 35 mm. Foi submetida a enterectomia segmentar, tendo o exame anatomopatológico definitivo da peça cirúrgica revelado adenoma tubular com displasia de alto grau.

Discussão: O surgimento de síndrome nefrótica inaugural durante o internamento, associado a hiponatremia grave à admissão, levantou suspeita de etiologia paraneoplásica. A resposta à corticoterapia apoiou a hipótese de glomerulopatia imunomediada. A identificação subsequente de neoplasia intestinal reforçou o caráter paraneoplásico do quadro, sublinhando a importância de investigação sistemática perante apresentações atípicas.

CO 147

PEDIDO DE SEDAÇÃO EM DOENTE ONCOLÓGICO: DOR TOTAL OU FALSA REFRACTORIEDADE?

Margarida Silva Cruz; Rita Lencastre Monteiro; Maria Lima Costa; Rui Fernandes; Teresa Dias Moreira; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: A dor afeta até 80% dos doentes com cancro avançado e pode assumir natureza multidimensional. A distinção entre dor total inadequadamente controlada e sintoma verdadeiramente refratário é crítica, uma vez que a sedação paliativa exige critérios clínicos rigorosos e proporcionalidade terapêutica.

Caso clínico: Homem de 46 anos, com leiomiossarcoma da coxa previamente submetido a pneumectomia direita por metastização pulmonar, apresentava progressão tumoral com volumosa massa pélvica e invasão muscular e subcutânea torácica. Nas três semanas prévias ao internamento verificou agravamento progressivo de dor abdominal e dos membros inferiores, com declínio funcional acentuado.

Internado por neutropenia febril sem agente identificado, evoluiu para falência renal, hematológica e hepática. Mantinha dor intensa (EVA 9/10), de características nociceptivas, postura antálgica persistente e marcada ansiedade antecipatória à mobilização. Verbalizava sofrimento existencial relevante e pedido reiterado de sedação paliativa, considerando a dor intratável.

Avaliação multidimensional estruturada pela equipa de Cuidados Paliativos excluiu critérios de refratariedade, identificando ajuste analgésico prévio insuficiente e componente emocional significativo. Procedeu-se a titulação adequada de opioide e a intervenção dirigida à ansiedade, com prevenção sistemática de efeitos adversos.

Vinte e quatro horas após ajuste terapêutico, a dor reduziu para EVA 4/10, com melhoria do conforto e diminuição da ansiedade. O pedido de sedação deixou de ser reiterado.

Conclusão: Este caso demonstra que o pedido de sedação pode traduzir dor total que o doente acredita intratável. A diferença entre dor de difícil controlo e dor refratária nestes casos é essencial, ajudando à estruturação multidimensional do seu tratamento, determinante para decisões proporcionais e eticamente sustentadas.

CO 148

HEPATITE COM POLISSEROSITE: INFEÇÃO COMO GATILHO DE UMA ENTIDADE AINDA DESCONHECIDA?

Francisco Guerra Matos; Paula Marques Ferreira; Francisco Pinheiro; Fábio Alves; Diana Lopes; Maria João Vilela ULS Braga

Introdução: A infeção por *Mycoplasma pneumoniae* (MP) é associada a envolvimento multissistémico. No entanto, a sua apresentação como hepatite com polis-

serosite em doentes adultos é excecionalmente rara e provavelmente imunomediada.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma jovem de 23 anos que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor no hipocôndrio direito (HD), náuseas, astenia e anorexia. Referiu quadro de coriza 2 semanas antes. Como antecedentes de relevo destacam-se: tiroidite de Hashimoto; infecção por vírus de hepatite E com polisserosite em 2020; consumo regular de água de fonte pública analisada periodicamente; consumo semanal de cerca de 30 gramas de álcool. A sua medicação habitual consistia em levotiroxina e anticoncepcional oral combinado. Tinha aumento dos parâmetros inflamatórios e padrão de citólise hepática, bem como hepatoesplenomegalia e ascite de médio volume em exame de imagem. Ao exame físico, com dor à palpação epigástrica e no HD. Foi internada no Serviço de Medicina Interna (MI) para estudo. No terceiro dia, observou-se agravamento clínico, iniciando febre, dispneia e tosse. Do estudo realizado em internamento salienta-se: derrame pleural bilateral em tomografia torácica; serologia de MP positiva; negatividade dos marcadores de autoimunidade e dos testes para deteção de doenças autoinflamatórias; eosinofilia marcada com aumento de imunoglobulina E, triptase normal e parasitológico de fezes negativo. Foi diagnosticada hepatite aguda a MP com polisserosite. Teve uma evolução favorável nos restantes 6 dias, cumprindo 5 dias deazitromicina e tratamento de suporte. Foi encaminhada para consulta de MI, onde mantém seguimento e estudo, e de Hematologia, tendo sido concluído que a eosinofilia era secundária à infecção.

Discussão: Os pontos fulcrais a reter deste caso são: a variedade de manifestações incomuns que podem estar ligadas à infecção por MP; a elevada probabilidade de ser uma doença até agora desconhecida a causar os quadros exuberantes associados aos episódios de hepatite.

CO 149

DELÍRIO DE INFESTAÇÃO PARASITÁRIA ASSOCIADO A CLARITROMICINA

Ana Tenreiro; Inês Canha Da Silva; Eduardo Santa; Maria Belém; Mafalda Hipólito Reis; Susana Carvalho
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Introdução: As reações adversas neuropsiquiátricas associadas a antibióticos são entidades descritas, embora raras e possivelmente subdiagnosticadas. Surgem de forma aguda e são reversíveis após suspensão do fármaco. A claritromicina, macrólido amplamente utilizado e com boa penetração no sistema nervoso central, tem sido associada a este tipo de manifestações – designadas como “antibiomania”. Dada a sua utilização frequente, como na erradicação da *Helicobacter pylori*, é fundamental considerar a etiologia medicamentosa no diagnóstico diferencial de sintomatologia psiquiátrica de início agudo nesse contexto.

Caso clínico: Homem de 31 anos, com antecedentes de depressão crónica não medicada, por incumprimento terapêutico, mas sem sintomatologia ativa. Procurou avaliação médica por halitose. As análises sanguíneas revelaram IgG positivo para *Helicobacter pylori*, tendo iniciado terapêutica tripla padrão (amoxicilina, claritromicina e esomeprazol). No primeiro dia de tratamento, surgiu apatia, letargia e confusão mental, evoluindo para delírio de infestação, com crença de presença de parasitas no seu organismo. Foi conduzido ao Serviço de Urgência e medicado com quetiapina. Considerando o quadro e a temporalidade com a antibioterapia, decidiu-se suspender os antibióticos. Observou-se resolução completa dos sintomas no próprio dia. O episódio foi interpretado como reação adversa a claritromicina, dado o início rápido após a administração e a resolução imediata após suspensão.

Discussão: Este caso evidencia que a claritromicina pode induzir manifestações neuropsiquiátricas graves, incluindo delírio de infestação parasitária, mesmo em pacientes jovens. Destaca-se a necessidade de vigilância psiquiátrica em indivíduos com antecedentes de depressão ou vulnerabilidade neuropsiquiátrica ao prescrever antibióticos. A resolução rápida após suspensão reforça a relação causal, sendo essencial lembrar que efeitos psiquiátricos de antibióticos são raros, mas potencialmente severos.

CO 150

UM ABCESSO CEREBRAL RECORRENTE COMO MANIFESTAÇÃO DE TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA

Joana H. Teixeira; Álvaro Zia; Marta Carinhas; Patrícia Ferreira; Inês Carvalho; Daniela Rodrigues; Daniel Botelho; António Cardoso; Martinho Fernandes
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: Os abscessos cerebrais são infeções graves com alta morbilidade e mortalidade. A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) aumenta o risco de ocorrência e recorrência destes abscessos, especialmente quando existem malformações arteriovenosas pulmonares (MAVs), que permitem shunt direito-esquerdo e disseminação hematogénica de microrganismos, frequentemente provenientes da cavidade oral.

Caso clínico: Homem de 42 anos, com e MAVs pulmonares e hepáticas documentadas, epistaxis e internamento prévio por abscesso frontal direito complicado de rotura ventricular (tratado conservadoramente). Foi referenciado ao hospital por quadrantanópsia esquerda, tendo-se detectado abscesso parieto-occipital direito, com necessidade de drenagem cirúrgica e co-lheita do material microbiológico. Iniciou antibioterapia empírica com metronidazol e ceftriaxone. Foi isolado no pús *Streptococcus constellatus*, *Fusobacterium nucleatum* e *Parvimonas micra*, sensíveis a metroni-

dazol e benzilpenicilina potássica/sódica, pelo que se fez ajuste segundo antibiograma. Dado estes microrganismos sugerirem origem orofaríngea, foi solicitada avaliação estomatológica que identificou várias cáries, tendo sido extraídas duas peças dentárias para controlo do foco. Como intercorrência, apresentou crises tónico-clónicas de difícil controlo, que cederam após instituição de anti-comiciais. Dada a persistência de epistaxis e insuficiência respiratória tipo 1, assumiu-se MAVs sintomáticas, pelo que foi realizada embolização com sucesso. Tendo em consideração a apresentação clínica, bem como dois episódios de abscessos cerebrais em quatro anos, foi assumido cumprimento de critérios clínico-imagiológicos de THH pelo que foi solicitado estudo genético.

Conclusão: O caso mostra como um foco infeccioso odontogénico, associado a shunt direito-esquerdo causado por malformações arteriovenosas pulmonares, pode levar à recorrência de abscessos cerebrais em doentes com suspeita de telangiectasia hemorrágica hereditária. O controlo agudo exige eliminação do foco dentário, drenagem cirúrgica e antibioterapia dirigida. A embolização das MAVs pulmonares é fundamental na prevenção secundária, diminuindo o risco de novas complicações neurológicas graves.

CO 151

ADENOPATIA CERVICAL FEBRIL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO DE DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO

Diogo Paulo Medeiros; Beatriz Pacheco Tavares;
Daniela Soares Ribeiro; Ricardo Raposo;
Helena Rita Antunes; Paula Pires Da Costa; Luís Dias
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE

Introdução: A Doença de Kikuchi-Fujimoto, ou linfadenite histiocitária necrotizante, é uma entidade rara, benigna e autolimitada, caracterizada por febre e adenopatias cervicais. Pode mimetizar infeções, doenças autoimunes ou patologia linfoproliferativa, dificultando o diagnóstico. A confirmação histológica é essencial para evitar terapêuticas desnecessárias.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, autónoma nas atividades de vida diária, com antecedentes de rinite alérgica, dermatite atópica, condromalácia e perturbação de hiperatividade e défice de atenção, medicada intermitentemente com dimesilato de lisxanfetamina. Sem alergias medicamentosas conhecidas e sem hábitos tabágicos ou etílicos relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por odinofagia e febre com oito dias de evolução, associadas a tumefação cervical esquerda progressiva e astenia com duas semanas de evolução. Ao exame Objetivo apresentava parâmetros vitais estáveis e tumefação cervical esquerda com cerca de 7 cm. Analiticamente verificou-se discreta síndrome inflamatória, sem disfunção orgânica. Serologias para vírus Epstein-Barr, citomegalovírus e sífilis foram negativas. A tomografia computadorizada cervical revelou

adenomegalias na cadeia jugulocarotídea esquerda, duas com necrose central, a maior com 25x20 mm. Realizou adenectomia cervical, cujo estudo histológico revelou linfadenite histiocitária necrotizante compatível com Doença de Kikuchi-Fujimoto. Observou-se melhoria clínica progressiva, mantendo episódios ocasionais de astenia.

Discussão: A Doença de Kikuchi-Fujimoto é uma causa rara de adenopatias cervicais febris e integra o diagnóstico diferencial de infeções e doenças linfoproliferativas. O diagnóstico histológico é fundamental para evitar tratamentos desnecessários. Este caso evidencia a importância da Medicina Interna na abordagem diagnóstica e no seguimento destes doentes, assegurando vigilância clínica e exclusão de patologia associada.

CO 152

A PEÇA QUE FALTAVA NO PUZZLE NEUROLÓGICO!

Lumira Marques¹; Mafalda Hipólito Reis²;
João Fialho De Almeida²; Inês Canha Da Silva²;
Stella Cortes Verdasca²; Luísa Rebocho²

¹Hospital Espírito Santo, Évora; ²Hospital Espírito Santo

Introdução: O aparecimento súbito de défices neurológicos focais levanta um amplo leque de hipóteses diagnósticas, desde acidente vascular cerebral até lesões tumorais primárias ou metastáticas. A presença de lesões em localizações profundas do sistema nervoso central constitui um desafio adicional, condicionando tanto o raciocínio clínico como a abordagem diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 58 anos, previamente autónoma, com antecedentes de neoplasia do ovário há 20 anos, enfisema com bronquiectasias, úlcera duodenal e tabagismo significativo (45 UMA). Recorreu ao Serviço de Urgência por diminuição da força muscular no hemicorpo direito e desequilíbrio da marcha, com evolução de quatro dias e agravamento súbito. Referia ainda perda ponderal não intencional de 10 kg no último ano.

Ao exame neurológico encontrava-se vígil e orientada, apresentando parésia facial central direita, dismetria ligeira ipsilateral e défice motor proximal no hemicorpo direito. A marcha era atáxica, com necessidade de apoio à esquerda. Não se identificaram alterações sensitivas. A avaliação analítica não revelou alterações relevantes.

A angio-TC e a RMN-CE com contraste evidenciaram lesão heterogénea profunda à esquerda, na transição diencéfalo-mesencefálica, com edema vasogénico extenso, efeito de massa e desvio da linha média. Os principais diagnósticos diferenciais considerados foram linfoma primário do sistema nervoso central e glioma de alto grau. Dada a localização da lesão e o elevado risco associado à biópsia cerebral, optou-se por abordagem diagnóstica alternativa. A imunofenoti-

pagem do líquido cefalorraquidiano revelou população monoclonal de linfócitos B com restrição de cadeia leve kappa, altamente sugestiva de infiltração linfomática do sistema nervoso central.

Conclusão: Este caso evidencia a importância de manter um elevado índice de suspeição perante sintomas neurológicos focais, particularmente em doentes com antecedentes oncológicos. Destaca ainda o papel de métodos diagnósticos menos invasivos quando a localização da lesão limita a abordagem histológica, permitindo alcançar o diagnóstico e orientar a terapêutica.

CO 153

QUILOPERITONEU COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA FOLICULAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Adriano Heemann Pereira Neto; Ana Cláudia Cunha; Sofia Castelo Da Graça; Mariana Saraiva; Isabel Caetano; Lueji Gumbé; Ana Isabel Ribeiro; Margarida Cerqueira
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A ascite quilosa resulta de perturbações na drenagem linfática subdiafragmática, que pode ser causada por neoplasias que provocam obstrução ou infiltração dos vasos linfáticos), pelo aumento da produção de linfa associado à hipertensão portal, por causas infecciosas ou por lesão traumática dos canais linfáticos. Estas conduzem à acumulação de líquido ascítico leitoso, com concentração de triglicéridos superior a 200 mg/dL.

Apresenta-se, pois, o caso de um homem de 77 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca, e com uma síndrome linfoproliferativa em estudo, que recorreu ao serviço de urgência por sintomas de dispneia, ortopneia, aumento do perímetro abdominal e edema periférico, sem instabilidade hemodinâmica. Doente com múltiplas vindas ao su devido às mesmas queixas, sempre tratado como ic descompensada. Da avaliação clínica objetivavam-se sinais de sobrecarga hídrica, tendo sido novamente diagnosticado com IC descompensada e tratado como tal. Sem apresentar melhoria, foi feita ecografia abdominal que demonstrou ascite anecogénica moderada, derrame pleural bilateral e hepatoesplenomegália, tendo sido feita paracentese diagnóstica e evacuadora com drenagem de 5 litros de líquido ascítico leitoso.

A análise deste líquido foi compatível com quilooperitонеu não relacionado com hipertensão portal. Estudos microbiológico e citológico foram negativos, afastando etiologias infecciosas, ou neoplásica peritoneal. TC tóraco-abdomino-pélvica Objetivou volumosas adenopatias retroperitoneais e mesentéricas em conglomerado, envolvendo o tronco celíaco e vasos mesentéricos. Realizou biópsia ganglionar que confirmou linfoma folicular e a imunofenotipagem de medula óssea comprovou envolvimento medular.

Este caso ilustra uma apresentação invulgar de uma doença linfoproliferativa, que pela sua raridade face a um diagnóstico mais prevalente passou despercebida

em várias avaliações, enfatizando-se a importância do raciocínio crítico no processo de diagnóstico diferencial no serviço de urgência, particularmente face à falência da terapêutica de primeira linha da hipótese diagnóstica considerada mais provável.

Este caso lembra que nem todos os edemas são cardíacos – e que reconhecer o invulgar pode ser determinante para evitar atrasos diagnósticos com impacto clínico significativo.

CO 154

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL: A PONTA DO ICEBERGUE DE UMA NEOPLASIA MIELOPROLIFERATIVA JAK2+

Carolina Ribeiro Rodrigues; Sofia Prada; Teresa Pereira Costa; Mafalda Duarte; Fernando Aldomiro
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: As neoplasias mieloproliferativas (NMP) são doenças clonais da célula estaminal hematopoética caracterizadas por proliferação celular persistente e risco trombótico elevado, podendo o tromboembolismo venoso (TEV) ser a manifestação inaugural. A mutação JAK2 V617F é um pilar diagnóstico e um potente *driver* pró-trombótico, presente na maioria das Policitemias Vera e Trombocitemias Essenciais.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, com obesidade grau III, admitida na Urgência por dispneia e dor torácica pleurítica (48h). Apresentava taquicardia e insuficiência respiratória parcial, com Angio-TC a confirmar TEP bilateral extenso e sobrecarga ventricular direita. O hemograma revelou uma Trombocitose extrema (1.400.000/UL), associada a eritrocitose e leucocitose (panmielose).

Iniciou anticoagulação com enoxaparina com posterior *switch* para apixabano, sem intercorrências. A investigação etiológica revelou:

Esfregaço periférico: Presença de plaquetas gigantes e agregados plaquetários;

Mielograma/biópsia óssea: Hiperplasia com proliferação megacariocítica;

Genética: Pesquisa da mutação JAK2 V617F POSITIVA. De acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde, confirmou-se o diagnóstico de NMP Crónica. Pelo elevado risco trombótico, instituiu-se citorredução com HIDROXIUREIA, com resposta rápida e sustentada da contagem plaquetária. A doente mantém seguimento em consulta de imunohematologia sob dupla abordagem: anticoagulação crónica e controlo mieloproliferativo.

Discussão: Este caso destaca o TEP como a “face visível” de uma patologia hematológica subjacente grave. Perante uma trombocitose desta magnitude, a investigação de NMP é imperativa, mesmo na presença de outros fatores de risco como a obesidade, sob pena de recorrência fatal. A mutação JAK2 não só confirmou a etiologia, como ditou a necessidade de citorredução

imediate para além da anticoagulação. O internista desempenha um papel fulcral na intersecção entre a patologia aguda e a doença clonal, garantindo que o tratamento aborda a causa raiz e não apenas o evento trombótico isolado.

CO 155

INTERAÇÃO ENTRE METABOLISMO DO FERRO E EXPRESSÃO CLÍNICA DA PORFIRIA CUTÂNEA TARDA: RELATO DE CASO

Tiago Valente¹; Ana Margarida Fonseca¹; Inês Amaral Pinto²; Tiago Silveira Rosa³; Inês Pinho³; José Presa Ramos³

¹Unidade Local de Saúde de São João; ²Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho; ³Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

A Porfíria Cutânea Tarda (PCT) é a forma mais frequente de porfíria, resultando da diminuição da atividade da uroporfirinogénio descarboxilase hepática. A sobrecarga de ferro desempenha papel central na sua fisiopatologia, promovendo stress oxidativo e inibição enzimática, com consequente acumulação de uroporfirinas. O reconhecimento precoce é essencial dada a boa resposta à(s) flebotomia(s).

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino de 41 anos, autónoma, com antecedentes de doença fibroquística mamária, referenciada por alterações persistentes das enzimas hepáticas desde há 16 meses. Apresentava lesões bolhosas traumáticas nas mãos e prurido corporal generalizado associado ao calor. Estudo complementar revelou esteatose hepática e sobrecarga de ferro (ferro 152 µg/dL, ferritina 583 ng/mL, saturação de transferrina 54%). Serologias virais negativas; autoimunidade positiva (ANA 1:160, anti-SSA positivo). A quantificação de porfirinas urinárias em 24h demonstrou elevação marcada das porfirinas totais (646 µg/24h), com predomínio de uroporfirinas (640 µg/24h), confirmando o diagnóstico de PCT. A biópsia hepática evidenciou arquitetura preservada, discreta siderose com deposição de pigmento férrico em células de Kupffer e hepatócitos, raros focos inflamatórios lobulares e ausência de fibrose significativa. Iniciou programa de flebotomias periódicas, com normalização progressiva da cinética do ferro, das enzimas hepáticas e ausência de novas lesões cutâneas.

Este caso reforça a forte associação entre a PCT e a sobrecarga de ferro, mesmo sem hemocromatose conhecida. A combinação de lesões cutâneas fotossensíveis, alterações ligeiras das provas hepáticas e aumento da ferritina deve levantar suspeita diagnóstica. A confirmação bioquímica é fundamental e a redução dos depósitos de ferro constitui terapêutica eficaz, permitindo remissão clínica e laboratorial.

CO 156

AMILOIDOSE AL CARDÍACA: QUANDO A CINTIGRAFIA NÃO É SUFICIENTE

Ana Margarida Morgado; Marques Cardoso; Joana Lopo; Sara Aleixo; Ignacio Moreno

ULS Algarve- Faro

Introdução: A amiloidose cardíaca é uma das causas subdiagnosticadas de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. A cintigrafia com Tc99m-DPD permite diagnóstico não invasivo de amiloidose por transtirretina (ATTR) na ausência de componente monoclonal. Contudo, perante a presença de uma gamapatia, a exclusão de amiloidose AL é obrigatória, sob pena de atraso terapêutico com impacto prognóstico significativo.

Caso clínico: Homem, 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica, seguido em consulta por insuficiência cardíaca e derrame pericárdico de etiologia a esclarecer. Evolução nos últimos 6 meses com agravamento cardíaco, progressivamente mais sintomático, hipotenso (85/50 mmHg), com astenia marcada e perda ponderal de 20 kg (ECOG 3). Analiticamente: pico monoclonal IgA/lâmbda 2,73 g/dL, cadeias leves lâmbda 537 mg/L (rácio κ/λ 0,03). Medulograma com 22% plasmócitos; biópsia óssea compatível com mieloma múltiplo sem critérios CRAB. Biomarcadores cardíacos marcadamente elevados (NT-proBNP >35.000 pg/mL; troponina T até 392 ng/L). PET-TC sem lesões líticas e biópsia de gordura abdominal sem sinais de substância amiloide. A cintigrafia com Tc99m-DPD mostrava uma captação de grau 2 (Perugini), sugestiva de ATTR. Dada a coexistência de componente monoclonal e rápida deterioração clínica, realizou biópsia endomiocárdica, confirmando depósito amiloide (Congo red+). No contexto de discrasia plasmocitária, assumiu-se amiloidose AL com envolvimento cardíaco avançado e provável compromisso multissistémico. Foi proposta terapêutica dirigida com anti-CD38, o daratumumab.

Discussão: Este caso evidencia uma armadilha diagnóstica relevante para a Medicina Interna: captação DPD grau ≥2 não exclui amiloidose AL na presença de gamapatia monoclonal. A aplicação isolada de algoritmos não invasivos pode resultar em atraso terapêutico com impacto prognóstico major, sendo que o diagnóstico histológico permanece mandatório quando existe componente monoclonal. A identificação precoce da etiologia é determinante, dado o impacto prognóstico do envolvimento cardíaco avançado, da possível alteração da história natural da doença e pela sua necessidade de terapêutica específica urgente.

CO 157

UM ACHADO PARANORMAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE PARAGANGLIOMA

Filipa Miranda Domingues; Sara Sousa Ferreira;
Lília Castelo Branco; Cátia Loureiro Pereira; Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: Os paragangliomas do corpo carotídeo são mais frequentes no género feminino. A forma esporádica é a mais frequente e raramente há produção de catecolaminas. São neoplasias de crescimento indolente, muito vascularizadas que são frequentemente achados imagiológicos.

Caso clínico: Mulher, 31 anos. Sem medicação habitual, antecedentes familiares de bócio multinodular na linha paterna. Referenciada à Consulta de Medicina Interna por tonturas, palpitações, taquicardia e sensação de massa inframandibular do lado direito. Ao exame Objetivo doente normotensa, FC 115 bpm, palpação de lesão nodular inframandibular direita de bordos bem definidos, dolorosa ao toque, mas sem outros sinais inflamatórios, restante exame Objetivo sem alterações. Do estudo realizado: hipertireoidismo subclínico com TSH 0,18 uUI/mL e T4 livre normal, sem outras alterações. Registo de Holter 24 horas: RS com FC oscilando entre 42-126 bpm, ECG e Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Adicionalmente: ecografia tiroideia com formação nodular centimétrica no plano externo jugular direito com doppler dos seios carotídeos a confirmar achado sugestivo tumor do corpo carotídeo. Realizado estadiamento imagiológico sem alterações e tomografia de emissão de positrões (PET) revelou hiperexpressão dos recetores da somatostatina na região latero-cervical direita. Sem focos de hiper captação do radiofármaco dignos de registo a outros níveis. O estudo funcional do tumor pela pesquisa de metanefrinas livres no plasma foi negativo. Confirmado o diagnóstico de paraganglioma direito não funcional e realizada a ressecção cirúrgica da lesão sem intercorrências e a aguardar estudo anatomopatológico e genético.

Conclusão: Nestes tumores neuroendócrinos raros é importante a abordagem multidisciplinar médico-cirúrgica em conjunto com a imagiologia, patologia clínica e anatomia patológica. A ressecção cirúrgica é defendida como tratamento curativo, sendo fundamental o seguimento adequado destes doentes.

CO 158

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA ASSOCIADA A RICKETTSIOSE: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE DOENÇA INFECCIOSA

Daniela Alexandra Barros; Ana Maria Hortas; Patrícia Ferraz; Manuel Cunha

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A síndrome hemofagocítica (SH) é uma condição inflamatória grave causada por ativação imune descontrolada. Em adultos, surge frequente-

mente secundária a infeções, neoplasias ou doenças autoimunes. O diagnóstico precoce é essencial. Este trabalho descreve um caso de SH associada a infeção por *Rickettsia*, destacando a importância da suspeição clínica desta complicação rara.

Caso clínico: Homem de 65 anos com antecedentes de leucemia linfocítica crónica B (LLC-B) em remissão desde 2022, submetido a esplenectomia em 2023, foi internado em dezembro de 2025 com agravamento da síndrome constitucional, sem febre, nem hipersudorese e alteração do estado de consciência. Analiticamente apresentava citopenias, hiponatremia, hiperferritinemia, marcadores inflamatórios e velocidade de sedimentação elevados, sem foco infeccioso evidente e estudo autoimune negativo. A tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica revelou um conglomerado retroperitoneal pericava e para-aórtica, com cerca de 4,8 × 4,9 cm, levantando suspeita de recidiva da LLC-B, porém a biópsia foi inconclusiva. Realizou TC craneoencefálica sem evidência de lesões agudas e punção lombar, com líquido cefalorraquídeo incolor, sem pleocitose, proteínas normais e glicose preservada. Posteriormente identificaram-se títulos elevados de *Rickettsia* (1:520), tendo sido iniciado tratamento com doxiciclina durante 16 dias. O estudo infeccioso adicional foi negativo. A biópsia óssea não evidenciou infiltração neoplásica, mostrando apenas discreta plasmocitose e raras células da linha monócitoide/histiocítica. O medulograma revelou aumento de histiócitos e plasmócitos (8,5%) e raros macrófagos com fenómenos de hemofagocitose. A imunofenotipagem medular mostrou inversão da relação CD4/CD8 e a ganglionar sem alterações. Perante a suspeita de SH, iniciou-se terapêutica com prednisolona, eritropoietina e etoposídeo, com ajuste do esquema devido a citopenias. O doente apresentou melhoria clínica progressiva e estabilização laboratorial, sendo iniciado desmame da corticoterapia.

Discussão: Este caso reforça a importância da suspeição precoce de síndrome hemofagocítica em doentes com citopenias e inflamação sistémica, sobretudo em imunossuprimidos, para evitar atrasos no diagnóstico e melhorar o prognóstico.

CO 159

MIELOFTISE NA NEOPLASIA DA MAMA: PERCURSO DIAGNÓSTICO DE BICITOPÉNIA

Ana Sofia S Soares; Yu Wang; Inês Carvalho Santos; Lília Savka; Nuno Reis Carreira; Ana Maria Baltazar
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A bicitopénia é um achado laboratorial de etiologia ampla. Perante este achado, é importante excluir causas carenciais, infecciosas, autoimunes, degenerativas e infiltrativas. A mieleoftise, frequentemente associada a tumores sólidos, é uma entidade rara mas relevante devido ao seu valor prognóstico.

Caso clínico: Mulher de 82 anos, sem antecedentes hematológicos conhecidos, é internada para o estudo etiológico de bicitopenia de novo, sem perdas hemáticas macroscópicas evidentes. Clinicamente, a doente apresentava mucosas descoradas, equimoses dispersas, ausência de adenopatias palpáveis, sem outras alterações. Laboratorialmente destacava-se uma anemia normocítica (Hb 6.2 g/dL) e trombocitopenia ($34 \times 10^9/L$), sem alterações no estudo carencial, infeccioso e autoimune.

Foi realizada tentativa de colheita de mielograma com *dry tap*, o que motivou realização de biópsia osteomedular e realização de TC corpo. TC corpo revelou alterações trabeculares no esqueleto, sugestivas de doença linfoproliferativa e massa nodular na mama.

O diagnóstico foi estabelecido pelo estudo histológico da biópsia osteomedular, que revelou alterações de mielofíse no contexto de metástase de carcinoma, compatível com neoplasia da mama luminal A do tipo lobular.

Conclusão: A infiltração medular por neoplasias sólidas pode manifestar-se inicialmente por citopenia. A apresentação de *dry tap* constitui um sinal de alerta, sugerindo a substituição dos tecidos hematopoieticos, sendo imprescindível a realização da biópsia óssea para a confirmação diagnóstica. Apesar da associação a um pior prognóstico, o reconhecimento precoce desta entidade permite uma rápida referenciação para a terapêutica dirigida e planeamento multidisciplinar, o que pode influenciar significativamente a evolução clínica.

CO 160

PARA ALÉM DA PIELONEFRITE. DA INFECÇÃO À HIPERINFLAMAÇÃO – UM CASO DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Rafael Beja Cruz; Mário Ferreira; Ana Rita Tomás; Rita Ribeiro Vilar; Ana Sofia Nepomuceno; Maria Pinho Marques
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O equilíbrio entre resposta imunitária eficaz e a sua regulação é essencial para a defesa adequada sem dano tecidual excessivo. A síndrome hemofagocítica representa um exemplo extremo de desregulação imunitária, caracterizada por ativação inflamatória descontrolada que resulta em hiperinflamação sistêmica e disfunção multiorgânica.

Caso clínico: Mulher, 81 anos, com história de diabetes e doença renal crônica. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, disúria e polaquiúria. Analiticamente destaca-se leucopénia, trombocitopenia e aumento da PCR (18mg/dL), leucocitúria (500mg/dL) e urocultura com isolamento de *Escherichia coli* multissensível. Admitida por pielonefrite aguda, tendo iniciado antibioterapia com ceftriaxone. Nas primeiras 72h de internamento, evoluiu com disfunção hematológica, neurológica, hepática, renal e respiratória, associada a hipofibrinogénia (0.9g/dl), hiperferritininémia (36253ng/ml), hipertrigliceridémia (372mg/dl) e ele-

vação de d-dímeros (35000µg/L) e IL2-R, assumindo-se diagnóstico de Síndrome Hemofagocítica (H-score 225) secundário, tendo ainda evoluído em coagulação intravascular disseminada com hemorragia digestiva alta. Iniciou precocemente imunomodulação com corticoterapia sistêmica com dexametasona 20mg/dia e anakinra 200mg/dia com evolução clínica e analítica favorável, permitindo alta hospitalar.

Discussão: Este caso demonstra a importância do reconhecimento e abordagem precoce de uma entidade rara mas potencialmente fatal. A síndrome hemofagocítica tem um prognóstico desfavorável em grande parte dos casos, sendo o caso apresentado particularmente interessante pelo desfecho favorável associado à resposta a um tratamento *off-label*, o que pode reforçar a sua aplicabilidade em futuros casos semelhantes

CO 161

UM CASO DE LINFOMA FOLICULAR E PROVÁVEL NEOPLASIA PULMONAR

Daniel Veiga; Anna Knoch; Baltazar Oliveira; Mariana Alves; Beatriz Alves; Volodymyr Nagirnyak; Marta Amaro; Isabel Martins

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

A coexistência simultânea de duas neoplasias é pouco frequente, mas possível, sendo que nos doentes com linfoma folicular a probabilidade de se desenvolver um novo tipo de cancro é significativamente maior.

Relata-se um caso de uma mulher de 80 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais de relevo, enviada à consulta de Medicina Interna por edema na região inguinal esquerda e nódulos generalizados. Foi requisitada tomografia computadorizada (TC) de corpo que revelou adenopatias a nível axilar, hilomediastínico, mesentérico e inguinal, tal como extensa massa retroperitoneal ao longo de toda a aorta abdominal e dos vasos ilíacos, suspeita de linfoma. No TC-tórax constatou-se concomitantemente lesão pulmonar espiculada suspeita. Procedeu-se, por um lado, a biópsia excisional de gânglio linfático inguinal, com respectiva imunofenotipagem e por outro lado à referenciação à consulta de Pneumologia Oncológica pela lesão pulmonar suspeita. Os exames requisitados diagnosticaram linfoma não Hodgkin folicular, tendo a doente recusado a realização de biópsia pulmonar recomendada pelo Pneumologista, essencial para se delinear o melhor plano terapêutico. O Hemato-oncologista optou por realizar quimioterapia dirigida ao linfoma com 6 ciclos de R-Bendamustina, apesar do risco de agravamento da lesão pulmonar. No exame de imagem de reavaliação pos-quimioterapia constataram-se critérios de resposta positiva da doença linfoproliferativa, com inequívoca redução dimensional dos conglomerados adenopáticos. Por outro lado, pareceu ter existido um agravamento da lesão pulmonar suspeita, encontrando-se a aguardar reavaliação pela Pneumologia Oncológica.

Assiste-se a um caso onde provavelmente coexistirão duas neoplasias (linfoma folicular e neoplasia pulmonar), onde por vontade do doente o estudo e a terapêutica foram exclusivamente direccionados à neoplasia hematológica, assistindo-se à remissão destas lesões. O passo que se segue assenta na abordagem da lesão pulmonar suspeita. Será tarde demais?

CO 162

LINFOMA B DE ALTO GRAU COM APRESENTAÇÃO ORBITÁRIA E CUTÂNEA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Tiago Jorge Costa; Ana Maria Rito; Joana Cascais Costa; Mariana Guerra; Sara Leitão; Arsénio Santos

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: Os linfomas não-Hodgkin podem apresentar-se com manifestações extra-nodais atípicas, dificultando o diagnóstico precoce. O envolvimento orbitário associado a lesões cutâneas é raro e pode mimetizar patologias inflamatórias ou autoimunes, ou confundir-se com outros tipos de neoplasia.

Caso clínico: Mulher de 78 anos admitida por proptose bilateral, diminuição da acuidade visual e múltiplas lesões nodulares cutâneas de aparecimento recente. Concomitantemente encontrava-se em estudo lesão mamária suspeita. A investigação inicial privilegiou etiologias inflamatórias, nomeadamente oftalmopatia tiroideia e doença relacionada com IgG4. Foi observada pela Oftalmologia, tendo sido realizada cantotomia lateral descompressiva e instituído ciclo de corticoterapia em altas doses (metilprednisolona 500 mg/dia durante três dias), sem melhoria clínica significativa. Devido ao elevado risco clínico não foi realizada biópsia orbitária. A PET-FDG evidenciou múltiplas áreas hipermetabólicas cutâneas, ganglionares e ósseas, sugestivas de doença disseminada. A biópsia de uma lesão cutânea cervical revelou infiltração por linfoma B com características de linfoma de alto grau, permitindo o diagnóstico definitivo. Perante agravamento clínico e progressão da doença, foi iniciada quimioterapia de resgate com intenção *lifesaving*. Apesar da orientação multidisciplinar, verificou-se rápida deterioração clínica, culminando em óbito ao 27.º dia de internamento.

Discussão: Este caso evidencia a heterogeneidade das apresentações extra-nodais dos linfomas e reforça a importância da valorização de lesões acessíveis para obtenção de diagnóstico histológico, neste caso facilitado pela presença de lesões cutâneas. A associação de manifestações orbitárias e cutâneas deve levantar suspeita de doença linfoproliferativa agressiva, sendo a obtenção precoce de tecido determinante para abreviar o percurso diagnóstico e orientar a abordagem terapêutica.

CO 163

DE LEUCOPLASIA BENIGNA A CARCINOMA DA LÍNGUA: A IMPORTÂNCIA DA PERSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA

Pedro Reboredo; Mirineldo Samson; Paula Nogueira; Nathalie Guerrero; Ana Morgado; Cristina Sousa; Catarina Mendonça Peixe

Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: As lesões leucoplásicas da cavidade oral são relativamente frequentes e geralmente benignas, podendo associar-se a traumatismo local ou irritação crónica. No entanto, uma pequena proporção corresponde a lesões potencialmente malignas ou a carcinoma pavimentocelular inicial, cujo diagnóstico pode ser desafiante, sobretudo quando os estudos iniciais são inconclusivos.

Caso clínico: Homem de 67 anos, ex-fumador (84 UMA), com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Referia lesão leucoplásica recorrente no bordo direito da língua com cerca de dois anos de evolução, que surgiu após colocação de implante dentário. Avaliado previamente por Otorrinolaringologia, realizou biópsia que revelou epitélio pavimentoso hiperplásico sem displasia, tendo sido assumida etiologia traumática associada à prótese dentária – indicação para bolear peça dentária. A tomografia computadorizada cervical não evidenciou alterações. Perante persistência da lesão e perda ponderal de cerca de 20 kg nos seis meses subsequentes, foi reavaliado em consulta de ORL. Observou-se lesão leucoplásica endurecida com cerca de 1 cm no bordo direito da língua, sem adenopatias cervicais palpáveis. Foi submetido a glossectomia parcial com excisão macroscopicamente completa. O exame histopatológico revelou carcinoma pavimentocelular invasor moderadamente diferenciado, com 1,6 cm de maior dimensão e profundidade de invasão de 4 mm, sem invasão vascular ou perineural, margens cirúrgicas livres. Estadiamento final: pT1N0M0. Estudo imagiológico subsequente (ecografia cervical, tomografia computadorizada torácica e PET-CT) não evidenciou doença locorregional ou metastática. O doente mantém seguimento em consulta de ORL, sem sinais de recidiva.

Discussão: O carcinoma pavimentocelular da cavidade oral pode apresentar-se inicialmente como lesão leucoplásica aparentemente benigna, sobretudo em doentes com fatores de risco como tabagismo. Este caso evidencia a importância da persistência diagnóstica perante lesões orais recorrentes ou de evolução atípica, mesmo após biópsia inicial sem displasia. A reavaliação clínica e eventual repetição de estudo histológico são fundamentais para o diagnóstico precoce, permitindo tratamento cirúrgico em estádios iniciais e melhor prognóstico.

CO 164

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE SECUNDÁRIA A SÍNDROME MIELODISPLÁSICA

Ana Rita Freire; Mariana Branco; Cátia Faria; Adriana Santos Silva; Renato Saraiva

ULS Região de Leiria - Hospital de Santo André

Introdução: A anemia hemolítica autoimune (AHAI) é uma entidade mediada por autoanticorpos dirigidos contra antígenos eritrocitários, confirmada pelo teste de Coombs direto. Embora classicamente associada a doenças linfoproliferativas, pode ocorrer em síndromes mielodisplásicas (SMD), refletindo desregulação imune inerente à doença clonal. A sua identificação é desafiante pela sobreposição com citopenias medulares.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 68 anos, com antecedentes de SMD, trombocitopenia e esplenomegalia. Recorreu ao Serviço de Urgência por mal-estar geral com agravamento progressivo nos dias prévios, sem outra sintomatologia acompanhante. À admissão encontrava-se febril (38°C) e hemodinamicamente estável, apresentando mucosas descoradas e discretamente ictericas.

Analiticamente evidenciava pancitopenia com neutropenia grave e elevação de PCR. Perante neutropenia febril, foram colhidas hemoculturas e urocultura, iniciando antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, posteriormente ajustada para meropenem após isolamento de *Klebsiella pneumoniae* produtora de BLSE multiresistente na urina.

Durante o internamento verificou-se agravamento da anemia desproporcional à restante série, associado a hiperbilirrubinémia mista, elevação de LDH, haptoglobina <30 mg/dL e reticulocitose, compatíveis com hemólise imune. O teste de Coombs direto monoespecífico foi positivo para IgG, confirmando AHAI quente. Perante hemólise clinicamente significativa, foi iniciada corticoterapia sistémica com prednisolona 1 mg/kg/dia. Observou-se estabilização hematológica subsequente, sem agravamento infeccioso, e posterior evolução clínica favorável.

Discussão: A AHAI quente no contexto de SMD reflete uma quebra de autotolerância associada à hematopoiese clonal e disfunção imune adaptativa. A infeção bacteriana atuando como fator precipitante, amplifica a ativação imune e desencadeia a hemólise.

Neste caso, a confirmação de IgG no Coombs direto sustentou a decisão de corticoterapia, cujo benefício superou o risco imunossupressor, sob antibioterapia eficaz. É de salientar que o reconhecimento precoce desta entidade tem impacto prognóstico e terapêutico relevante na redução de morbimortalidade.

CO 165

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA SECUNDÁRIA A ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Rodrigo Portazio; Nuno Maia Neves; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A infiltração medular por adenocarcinoma gástrico de células pouco coesas em anel de sinete é rara e pode manifestar-se como anemia hemolítica microangiopática (AHMA) com trombocitopenia, mimetizando microangiopatia trombótica (MAT). Recidivas tardias (>4 anos) após tratamento cirúrgico e quimioterapia (QT) são excecionais (<10% aos 5 anos) e a metastização medular neste contexto é pouco frequente.

Caso clínico: Homem de 68 anos com história de adenocarcinoma gástrico de células pouco coesas em anel de sinete, HER2-, submetido em 2020 a QT neoadjuvante, gastrectomia subtotal e QT adjuvante, em remissão clínica, admitido por dor dorso-lombar e abdominal com agravamento na semana prévia ao internamento. À admissão apresentava: anemia (Hb 8,2 g/dL), trombocitopenia (107x10⁹/L), LDH aumentada (660 UI/L), ligeira hiperbilirrubinémia indireta, haptoglobina indetectável (<10 mg/dL), Coombs direto negativo, esfregaço de sangue periférico com esquizócitos (2,8%) e atividade da ADAMTS13 normal. Realizou angioTC abdominal e pélvica e TC da coluna dorso-lombar que não revelaram alterações. A PET mostrou captação osteo-medular difusa e a biópsia osteomedular confirmou infiltração por carcinoma com morfologia em anel de sinete (CK CAM5.2+, CDX2+). Foi feito o diagnóstico de microangiopatia trombótica secundária à neoplasia referida. Iniciou paclitaxel urgente com recuperação da contagem plaquetária e redução da hemólise, embora por curto período de tempo. O internamento foi complicado de bacteriémia a *Staphylococcus aureus* e tromboembolismo pulmonar, tendo o óbito decorrido da progressão da doença oncológica.

Discussão: Este caso destaca a necessidade de considerar, no diagnóstico diferencial da causa de uma MAT, a recidiva de uma neoplasia, mesmo que previamente em remissão. Perante AHMA/trombocitopenia inexplicadas em doentes oncológicos, a biópsia medular é essencial ao permitir confirmar um diagnóstico raro como no caso apresentado, e cujas implicações terapêuticas e prognósticas são relevantes.

CO 166

SÍNDROME DE CUSHING POR PRODUÇÃO ECTÓPICA DE ACTH – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Sofia Ferreira Cunha; André Nunes; Ion Spînu; Sofia Picão; Ana Patrícia Cachado; António Mário Santos
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

A síndrome de *Cushing* por produção ectópica de ACTH é uma forma rara de hipercortisolismo, frequentemente associada a neoplasia. O hipercortisolismo pode

causar alterações cognitivas graves, sendo uma causa rara, mas potencialmente reversível, de demência rapidamente progressiva.

Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino de 76 anos com história médica de diabetes *mellitus* tipo 2, síndrome demencial com evolução no ano anterior, em provável contexto de doença cerebrovascular, e de tumor do rim esquerdo prévio, com seguimento em consulta de Urologia.

Por perdas hemáticas de aparente origem uroginecológica recorreu ao Serviço de Urgência. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica para estudo, identificando-se coágulos a nível vesical. No mesmo exame, identificada ainda a presença de vários nódulos hipodensos a nível hepático com suspeita de metastização (não presentes em exame de monitorização realizado 6 meses antes). Foi admitida em serviço de Medicina Interna para estudo.

Durante o internamento, e tendo em conta a história pregressa, realizou ressonância magnética abdominal superior para melhor caracterização hepática e renal, que mostrou múltipla metastização hepática, óssea e suprarrenal esquerda, não apresentando alterações de novo a nível renal. Realizou ainda TC de tórax que mostrou massa central no lobo superior do pulmão esquerdo.

Dado quadro de declínio cognitivo rapidamente progressivo, diabetes *mellitus* tipo 2 descompensada e de hipocaliemia grave não explicável foi levantada a hipótese de hipercortisolismo confirmada pela elevação de cortisol urinário das 24 horas (h), ausência de supressão da secreção de cortisol na prova de dexametasona e da elevação de cortisol salivar às 00h. Verificou-se aumento da secreção de ACTH confirmando a presença de síndrome de *Cushing* por produção ectópica de ACTH. Foi iniciada terapêutica com metirapona. A doente acabou por falecer sem ter sido possível realizar caracterização histológica da massa pulmonar.

Este caso demonstra que a síndrome de *Cushing* por produção ectópica de ACTH, embora rara, pode manifestar-se com declínio cognitivo rapidamente progressivo, estando frequentemente associada a neoplasias, incluindo tumores de origem pulmonar, sublinhando a importância da suspeita clínica para o seu diagnóstico.

CO 167

MASSA SUBMANDIBULAR COMO CAUSA DE BRADICARDIA POSICIONAL: A DESCRIÇÃO DE UMA CAUSA RARA DE LIPOTÍMIA

Ana Beatriz Machado; Gabriel De Carvalho Ferreira; Francisco Azeiteiro; Margarida Nunes; Raquel Almeida
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A bradicardia sintomática por estimulação do seio carotídeo por massa cervical é rara. Este caso refere-se a um doente com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular da hipofaringe/seio piriforme com trombose jugular e bradicardia posicional, destacan-

do-se pelos desafios diagnósticos e terapêuticos.

Caso clínico: Homem de 63 anos com síncope, sudorese profusa e dor cervical irradiada à cabeça recorre ao SUG. À admissão: FC 35 bpm, PA 113/74 mmHg, massa submandibular direita 5x5 cm, paciente vigil e orientado. Analiticamente: Hb 14,6 g/dL, leucócitos 8.880 (N 69%), PCR 8 mg/L. TC pescoço/tórax: massa submandibular direita 3,8 cm, necrose central, em contacto com carótida comum direita e obliteração jugular interna; micronodulações pulmonares inespecíficas. ECG: bradicardia sinusal.

A biópsia da adenopatia confirmou carcinoma de células escamosas da hipofaringe/seio piriforme direito com envolvimento vascular, sendo a bradicardia atribuída à estimulação carotídea posicional. Um pacemaker transvenoso via femoral foi implantado, com resolução parcial dos episódios. A PET identificou neoplasia retal proximal (ADC G2 T1/2N0M0) e planeou-se cirurgia. Iniciou quimioterapia com capecitabina oral; contudo a radioterapia cervical não foi tolerada. Como intercorrências destacam-se dor neuropática cervical, disfagia e trombose venosa central da jugular. A evolução foi caracterizada por progressão da massa cervical, agravamento da disfagia e necessidade de controlo paliativo da dor.

Discussão: Este caso evidencia bradicardia posicional enquanto manifestação rara de carcinoma hipofaríngeo com compressão carotídea. Destaca a importância da avaliação multidisciplinar, monitorização cardiovascular e abordagem paliativa precoce em pacientes oncológicos com risco de complicações diversas.

CO 168

MIELOMA MÚLTIPLO COM ENVOLVIMENTO VERTEBRAL E COMPRESSÃO MEDULAR: UM CASO CLÍNICO

Rita Pratas; Sofia Teixeira; Filipa Osório; Mariana Lobo; Catarina Santos Reis; Ana Cristina Peixoto; Diana Ferrão; Frederico Silva; Jorge Almeida
Hospital São João

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea, podendo manifestar-se por anemia, hipercalcemia, lesões ósseas e lesão renal. O envolvimento vertebral pode condicionar compressão medular, uma complicação oncológica grave.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 72 anos. Recorreu ao serviço de urgência por lombalgia com um mês de evolução, associada a dor na anca esquerda, dificuldade na deambulação e parestesias dos membros inferiores. Concomitantemente, obstipação com 10 dias de evolução e perda ponderal. Ao exame Objetivo com défice de força isolado no membro inferior esquerdo com parestesias associadas. Analiticamente anemia normocítica (Hemoglobina 9,1 g/dL), hipercalcemia (cálcio ionizado 1,72 mmol/L), lesão renal aguda

(creatinina 3,0 mg/dL) e hiperproteinemia (proteínas totais 105 g/L). Tomografia computadorizada da coluna lombar e dorsal com múltiplas lesões osteolíticas, algumas com componente intracanal. Diante a associação de alterações analíticas sugestivas de critérios CRAB e achados imagiológicos compatíveis com doença infiltrativa óssea, o doente foi internado para estudo etiológico. No primeiro dia de internamento, face à suspeita clínica e diante o possível envolvimento vertebral com extensão intracanal, após avaliação multidisciplinar, dada a ausência de indicação cirúrgica, confirmação dos défices neurológicos e suspeita elevada de mieloma múltiplo, iniciou corticoterapia com dexametasona e realizou radioterapia externa urgente com intenção descompressiva. O estudo complementar revelou pico monoclonal IgG na eletroforese sérica e o mielograma demonstrou infiltração plasmocitária, confirmando o diagnóstico de MM IgG/Kappa. Paralelamente instituiu-se terapêutica dirigida à hipercalemia com fluidoterapia, calcitonina e pamidronato. Posteriormente, o doente iniciou terapêutica dirigida com bortezomib e dexametasona, com evolução clínica favorável.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação inaugural de MM com envolvimento vertebral e risco de compressão medular. O reconhecimento de dor lombar associada a alterações analíticas sugestivas de MM é fundamental para um diagnóstico e tratamento precoce, prevenindo consequências neurológicas permanentes.

CO 169

ALERGIA AOS CONTRACETIVOS? DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDÔMEN AGUDO

Ana Maria Teodoro¹; J. Guilherme Gonçalves-Nobre¹; Catarina Santos¹; Ana Rita Mira¹; Susana Palma-Carlos²; Tiago Judas¹

¹Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal; ²ULS São José

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) é uma patologia genética rara caracterizada por episódios autolimitados de edema submucoso e subcutâneo mediado por bradicinina. A apresentação abdominal ocorre em cerca de 50% dos casos e pode mimetizar um abdômen agudo cirúrgico, resultando frequentemente em intervenções invasivas desnecessárias. O reconhecimento célere desta etiologia é vital para evitar morbidade e mortalidade por asfixia.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 26 anos, com quadro de crises recorrentes de distensão e dor abdominal intensa, acompanhadas de edema doloroso das mãos, precipitadas pelo uso de contraceptivos orais. De antecedentes familiares, tinha o pai com episódios semelhantes. Devido à apresentação clínica tinha já história de um internamento prévio em Cirurgia por suspeita de apendicite aguda, descartada após estudo. Durante as crises, a ecografia e a tomografia com-

putorizada abdomino-pélvica (TC-AP) evidenciaram ascite moderada e derrame peritoneal, sem patologia obstrutiva ou inflamatória orgânica. O estudo etiológico revelou: C4 <2.0 mg/dL (N: 10.0-40.0), C1-inibidor (C1-INH) quantitativo de 8 mg/dL (N: 21-38) e funcional <30%, com C1q normal (32 U/mL), confirmando AEH Tipo 1. Iniciou seguimento em consulta de imunodeficiências primárias, encontrando-se atualmente sob terapêutica profilática com icatibant subcutâneo para crises.

Discussão: O AEH simula um quadro de abdômen agudo pelo edema da parede intestinal, devendo integrar o diagnóstico diferencial de abdômen agudo cirúrgico e anafilaxia. Pistas fundamentais incluem ausência de urticária/febre, história familiar e refratariedade a corticoides, anti-histamínicos e adrenalina. A mortalidade pode acontecer por edema da glote (que pode resultar da tentativa de entubação do doente) ou por perda de volume para o terceiro espaço. O doseamento de C4 é o biomarcador de rastreio de eleição. O tratamento de crises baseia-se no concentrado de C1-INH ou icatibant. Para a prevenção em procedimentos invasivos planeados, a profilaxia de curto prazo com concentrado de C1-INH (1-2h antes) ou androgénios (ex: danazol) é obrigatória.

CO 170

HEMOPHAGOCYTIC LYMPHOHISTIOCYTOSIS: TWO DIFFERENT ETIOLOGIES ILLUSTRATING THE DIAGNOSTIC CHALLENGE

Ana Margarida Fonseca¹; Carlos Grijó¹; Francisca Correia¹; Catarina Reis¹; Joana Santos¹; Flávia Freitas²; Dany Cruz²; Ana Neves¹; Ana Faceira¹; Luís Flores¹; Joana Pereira¹

¹Hospital São João; ²ULS Barcelos

Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) is a life-threatening hyperinflammatory syndrome caused by uncontrolled immune activation and may be secondary to other diseases. We report two cases with distinct etiologies illustrating the diagnostic complexity of this condition.

A 36-year-old woman in the second trimester of pregnancy was admitted with skin infection and fetal growth restriction. Laboratory tests showed thrombocytopenia and elevated liver enzymes. In the setting of HELLP-like syndrome and severe fetal growth restriction, pregnancy termination was performed. She subsequently developed fever, progressive pancytopenia, hyperferritinemia, elevated LDH and liver enzymes, ANA >1:640 and positive direct Coombs, with elevated soluble IL-2 receptor (CD25). Infectious and primary hematologic causes were largely excluded. Imaging revealed hepatomegaly and adenopathies. She developed significant proteinuria; renal biopsy demonstrated thrombotic microangiopathy with collapsing glomerulopathy. Genetic testing revealed heterozygosity for APOL1 G1 risk variants, likely increasing podocyte

susceptibility to inflammatory and pregnancy-related stress and contributing to immune activation. Secondary HLH was suspected, likely triggered by HELLP-like syndrome and/or skin infection on a background of APOL1-related vulnerability. Treatment with corticosteroids, intravenous immunoglobulin (IVIg) and anakinra led to gradual improvement.

A 27-year-old man with presumed sarcoidosis on corticosteroids presented with asthenia, weight loss, night sweats and abdominal discomfort. Laboratory tests revealed pancytopenia, hepatic cytolysis, hyperbilirubinemia, renal dysfunction, and hypofibrinogenemia. Imaging showed hepatosplenomegaly, abdominal adenopathies, and exudative pleural effusion. CD25 was elevated and infectious and autoimmune causes were excluded. Liver biopsy confirmed T-cell lymphoma, establishing secondary HLH. Treatment included anakinra, IVIg, corticosteroids, and gemcitabine/etoposide-based chemotherapy, resulting in initial stabilization. Secondary HLH carries high mortality. These cases highlight the importance of early recognition, rapid identification of triggers, and prompt targeted immunomodulatory therapy to improve outcomes.

CO 171

QUANDO NÃO É UM AVC: APOPLEXIA HIPOFISÁRIA COMO URGÊNCIA ENDOCRINOLÓGICA

Mariana Marques; Joana Sá Couto; António Cardoso Fernandes; Cátia Barreiros; Maria Muchata; Pedro Pinto; Fernando Correia; Ana Rita Caldas; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A apoplexia hipofisária (AH) é uma emergência endocrinológica, que resulta da hemorragia ou enfarte de um adenoma hipofisário, sendo mais frequente em doentes com macroadenomas e no sexo masculino. A apresentação clínica pode ser aguda com cefaleia, défices neurológicos focais ou coma, ou pode ser insidiosa. Assim, pode mimetizar evento vascular cerebral, sendo frequentemente subdiagnosticada. A insuficiência suprarrenal aguda constitui a principal causa de instabilidade hemodinâmica e mortalidade associada.

Caso clínico: Homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, admitido por cefaleia persistente com cinco meses de evolução, seguida de episódio súbito de lipotímia, afasia motora e défice motor do membro superior direito. À admissão encontrava-se febril (38,5°C), hipotenso (89/49 mmHg) e taquicárdico. Ao exame neurológico apresentava disartria, afasia motora, parésia facial central direita e défice motor grau 4 no membro superior direito. Analiticamente destacava-se hiponatremia. A TC cranioencefálica revelou hemorragia subaracnoideia cortical frontal esquerda e hipófi-se aumentada de volume com extensão suprassellar.

Perante hipotensão refratária à fluidoterapia, foi administrado bólus de hidrocortisona 200 mg por suspeita de insuficiência suprarrenal, com recuperação hemodinâmica imediata. O estudo hormonal revelou cortisol <1 µg/dL, ACTH diminuída, TSH suprimida com T4 livre baixa e IGF-1 reduzido. A RM confirmou macroadenoma hipofisário com hemorragia recente. Assumiu-se pan-hipopituitarismo em contexto de apoplexia hipofisária. Iniciou terapêutica com hidrocortisona 100 mg 8/8h e levotiroxina 75 µg, com estabilização clínica.

Discussão: O diagnóstico de AH é um desafio, particularmente no serviço de urgência. A apoplexia hipofisária pode apresentar-se como mimetizador de acidente vascular cerebral, conduzindo a atrasos diagnósticos. A insuficiência suprarrenal secundária constitui a principal determinante de instabilidade hemodinâmica e mortalidade, sendo a administração imediata de hidrocortisona prioritária e independente da confirmação laboratorial. O reconhecimento precoce desta entidade é crucial, dado tratar-se de uma verdadeira urgência endocrinológica potencialmente fatal.

CO 172

HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA NO ADULTO JOVEM: A IMPORTÂNCIA DE REPENSAR O DIAGNÓSTICO

Clara Pinto; Margarida Soares Resendes; Alexandre Castro Lopes; Inês Silva Pinheiro; Ana Sofia Martins; Susana Cavadas
ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

Introdução: A presença de hipertensão portal (HP) conduz, frequentemente, ao diagnóstico presuntivo de cirrose hepática. Contudo, em doentes jovens sem fatores de risco (FR), a ausência de confirmação histológica deve motivar investigação de causas não cirróticas. A hipertensão portal não cirrótica (HPNC) abrange um grupo heterogêneo de patologias, incluindo distúrbios vasculares, infecciosos, autoimunes e metabólicos, cujo diagnóstico requer frequentemente uma abordagem multidisciplinar e histológica minuciosa.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, natural da Venezuela, com diagnóstico presumido no seu país de cirrose hepática *Child Pugh B*. Foi referenciada à consulta de Hepatologia, após chegada a Portugal, por história desde a adolescência de esplenomegalia e trombocitopenia persistente, com HP e varizes esofágicas documentadas. Negava hábitos etílicos e tinha serologias víricas e marcadores de autoimunidade negativos. Tendo em conta a idade, evolução clínica e ausência de FR clássicos foi realizada biópsia hepática. O exame anatomicopatológico excluiu cirrose, revelando quadro compatível com HPNC. A persistência de esplenomegalia (14.5 cm) de longa data associada a citopenias (plaquetas 70x10⁹/L) e a ausência de etiologia definida motivaram a continuação do estudo etiológico. Foram excluídas causas autoimunes e infecciosas. O despieste bioquímico

excluiu Doença de *Gaucher*, mas levantou a suspeita de doença lisossomal. A sequenciação do exoma identificou uma variante patogénica compatível com Doença de *Niemann-Pick*, confirmando o diagnóstico.

Conclusão: Este caso ilustra como o diagnóstico presuntivo de cirrose pode atrasar a identificação da etiologia em doentes jovens com HP. A presença de esplenomegalia marcada, citopenias persistentes e ausência de FR para doença hepática crónica deve motivar investigação de causas não cirróticas, incluindo doenças de sobrecarga lisossomal. O reconhecimento destas entidades raras tem implicações prognósticas e genéticas relevantes.

CO 173

EOSINOFILIA MARCADA E COMPROMISSO CARDÍACO: ALÉM DA COINCIDÊNCIA.

Letícia Garcia Naben; Mónica Côrte-Real; Carolina Robalo; Ana Santos Costa; Miguel Tomás Rodrigues; Ana Teixeira Reis; António Pessoa; Susana Marques

Hospital de São Bernardo

A síndrome hipereosinofílica (SHE) é uma entidade rara caracterizada por eosinofilia persistente associada a lesão órgão-alvo, após exclusão de causas secundárias e neoplásicas. O envolvimento cardíaco é das manifestações mais graves, podendo apresentar-se como miocardite eosinofílica e evoluir rapidamente para insuficiência cardíaca ou choque cardiogénico. O reconhecimento precoce é fundamental, dada a potencial reversibilidade com terapêutica imunossupressora dirigida.

Homem, 20 anos, com eczema e sensibilização cutânea a ácaros, sem diagnóstico de asma, recorre por dor torácica. Ecocardiograma evidenciou disfunção biventricular grave (FEVE 25%). Internado por suspeita de miocardite, confirmou-se perimiocardite eosinofílica por ressonância magnética cardíaca, com evolução para choque cardiogénico. Analiticamente com eosinofilia marcada (22,9%), persistente durante 3 semanas. A biópsia endomiocárdica revelou necrose miocárdica e infiltrado intersticial e perivascular rico em eosinófilos, sem vasculite, compatível com miocardite eosinofílica. Estudo medular mostrou 1% blastos, série mieloide normocelular com dismielopoiese ligeira e 9% de eosinófilos em vários estádios maturativos, sugerindo SHE. Estudo molecular negativo para PDGFR α , PDGFR β , FLT3, JAK2 e BCR-ABL; ANCA PR3 duvidoso. Iniciou corticoterapia, com resposta clínica parcial, mas evidenciou dependência de corticóide, o que motivou a introdução de azatioprina como terapêutica poupadora, com boa tolerância e sem recorrência de envolvimento de órgão-alvo.

Este caso ilustra a SHE como etiologia potencial de miocardite fulminante em doente jovem, salientando a necessidade de elevada suspeição clínica perante eosinofilia persistente associada a disfunção car-

díaca aguda. A exclusão de causas secundárias e de variantes mieloproliferativas foi determinante para o diagnóstico. A abordagem terapêutica precoce com imunossupressão, incluindo estratégia poupadora de corticoterapia, revelou-se fundamental para o controlo da eosinofilia e prevenção de recorrência de lesão de órgão-alvo, com impacto prognóstico relevante.

CO 174

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA ASSOCIADA AO VÍRUS EPSTEIN-BARR COM RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA

Nereida Monteiro; Elsa Araújo; Inês Araújo Ferreira; Rafael Lopes Freitas; Eduardo Viana; Cláudio Coelho; Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: A linfocitose hemofagocítica (HLH) é uma síndrome hiperinflamatória rara, grave e potencialmente fatal. A forma secundária pode ser desencadeada por infeções, sendo o vírus Epstein-Barr (EBV) uma etiologia bem reconhecida em adultos e um importante desencadeante de ativação imune desregulada.

Caso clínico: Homem de 28 anos, com antecedentes de tabagismo ativo. Internado previamente por adenomegalias cervicais dolorosas, hiperhidrose noturna e febre com serologia compatível com infeção aguda por EBV (IgM e IgG positivas). Teve alta com reavaliação precoce em consulta, após melhoria clínica e apirexia >48h, com diagnóstico de mononucleose infecciosa aparentemente não complicada, com LDH 243 U/L e hepatomegalia ligeira, sem citopenias, alterações das enzimas hepáticas ou esplenomegalia. Duas semanas após foi readmitido por recrudescimento da febre e deterioração analítica, com anemia, leucopenia, citólise hepática com LDH elevado, hiperferritinemia marcada (máximo 32675 ng/mL), hipertrigliceridemia (196 mg/dL) e fibrinogénio 190 mg/dL, associadas a hepatoesplenomegalia. O HScore foi de 230 (~98% probabilidade HLH). Após discussão com centro de referência decidiu-se vigilância clínica e analítica apertada, diferindo terapêutica imunossupressora dada a ausência de disfunção orgânica. A biópsia ganglionar revelou proliferação de histiócitos com hemofagocitose e positividade para EBV, compatível com HLH associado a EBV. O mielograma foi inconclusivo por amostra paucicelular. Excluiu-se doença linfoproliferativa e outras infeções. Permaneceu hemodinamicamente estável com melhoria progressiva da febre, citopenias e citólise hepática. Após alta, foi reavaliado em consulta com normalização analítica e regressão das adenomegalias e hepatoesplenomegalia.

Discussão: A HLH pode surgir como complicação de infeção por EBV após apresentação inicial aparentemente benigna, exigindo elevada suspeição clínica e avaliação criteriosa da gravidade da doença. Apesar do potencial de evolução desfavorável, na ausência de

disfunção orgânica significativa pode ocorrer resolução espontânea sob vigilância clínica apertada, mantendo-se essencial a articulação atempada com centros de referência para orientação terapêutica especializada e eventual intervenção precoce.

CO 175

BEYOND DISEASE ACTIVITY SCALES: CYTOKINES AND PATIENT-REPORTED BURDEN IN SLE – THE CORIOLIS STUDY

Daniel Guimarães De Oliveira¹; Nuno Ribeiro²; Koen De Koning³; Alexandra Machado⁴; Inês Lorga²; Zoe Karakikla-Mitsakou⁵; Cátia Pereira⁶; Elva B. Andrade²

¹Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa; ²IS - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; ³LUMC - Leiden University Medical Center; ⁴Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga; ⁵Lupus Europe; ⁶Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introduction: In SLE, standard disease activity measures inadequately reflect the patient experience. Serum cytokines may capture a subclinical inflammatory burden, particularly in patients with laboratory evidence of activity but no clinical flare, that impairs health-related quality of life (HRQoL) yet currently goes undetected.

Materials and methods: Cross-sectional analysis of 62 SLE patients stratified by disease activity state. HRQoL was assessed via LupusQoL (8 domains; 0–100). Bead-based multiplex immunoassay was used to quantify 13 serum cytokines. Non-parametric correlations, multivariable regression (backward stepwise and LASSO), and group comparisons were performed. A subset (n=31) completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: Consistent with prior literature, SLEDAI did not correlate with any LupusQoL domain in the full cohort or within any subgroup, and fatigue was the lowest-scoring domain (mean 61.4/100), corroborating the known disconnect between clinical activity scores and patient-reported burden, and supporting the rationale for a cytokine-focused approach. Patients were stratified into three prespecified groups based on whether disease activity was absent („Inactive“, n=25), present at laboratory level only („Immunologic“, elevated anti-dsDNA or low complement without clinical SLEDAI activity, n=20), or clinically manifest („Active“, n=17). Cytokine levels did not differ significantly across groups in this treated real-world cohort. Notably, the „Immunologic“ group showed the highest overall HRQoL (mean 83.4 vs 66.3 [„Inactive“] and 60.1 [„Active“]), likely reflecting lower treatment burden, as suggested by significantly lower prednisolone doses than the „Active“ group, while „Inactive“ and „Active“ groups showed comparable scores. Globally, cytokine–HRQoL associations (raw $p < 0.05$) involved Intimate Relationship (IL-8, IL-6, IL-23, IL-33, TNF- α), Pain, Physical Health and Planning (IL-18), and Fatigue (IFN- γ , IL-17A). Within the „Immunologic“ group specifically, IL-8 showed

the strongest associations across functional domains ($\rho = -0.61$ to -0.87), followed by IL-18, MCP-1, TNF- α , and IL-10. Multivariable modelling further highlighted IL-8 and IL-33, with adjusted R^2 reaching 0.61 (Intimate Relationship) and 0.22 (Burden to Others) in stepwise regression, with consistent findings in LASSO. In the HADS subset, anxiety and depression correlated with most HRQoL domains, while Intimate Relationship correlated exclusively with HADS Depression, and the „Active“ group scored significantly higher in HADS Depression than the „Immunologic“ group. After HADS adjustment, MCP-1 independently predicted lower Physical Health, and higher IFN- γ was associated with better Fatigue scores, suggesting cytokine effects partially independent of mood.

Conclusions: In this real-world treated SLE cohort, cytokine profiles, particularly in the „Immunologic“ subgroup, associate with HRQoL independently of standard activity scores. Although limited sample size and potential treatment confounding warrant interpretive caution, these findings suggest a subclinical inflammatory component to patient-reported burden that escapes standard activity scores, and are being prospectively extended through longitudinal follow-up.

CO 176

ST2 – BIOMARCADOR A CONSIDERAR NO PROGNÓSTICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA? DADOS DO ESTUDO ROAD-HF

Mário Barbosa¹; Ana Melício²; Andreia Matos³; Laura Aguiar³; Manuel Bicho⁴; Luiz Menezes Falcão⁴

¹Lusíadas - Hospital Lusíadas Lisboa; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ³Instituto de Saúde Ambiental - ISAMB, Laboratório Associado TERRA; ⁴Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: Apesar dos progressos clínicos e da aplicação das recomendações das diretrizes atuais, o prognóstico a curto prazo da insuficiência cardíaca (IC) permanece desfavorável, particularmente durante os primeiros 90 dias após a alta hospitalar. Os processos de remodelação, fibrose e hipertrofia miocárdica induzem a produção de ST2 (suppression of tumorigenicity 2), o qual parece desempenhar um papel cardioprotetor ao atenuar os mecanismos deletérios associados à fibrose, contribuindo para a melhoria da função cardíaca. No entanto, os principais estudos que avaliaram o impacto prognóstico do ST2 na IC não analisaram especificamente o risco de reinternamento nos 90 dias subsequentes à alta.

Objetivo: O estudo “The Role Of Myocardial Fibrosis And Bioenergetic Dysfunction In Heart Failure Prognosis” (ROAD-HF) procura estratificar o prognóstico a curto prazo dos doentes internados por IC descompensada em classe III ou IV da New York Heart Association (NYHA) com base em biomarcadores de fibrose miocárdica e de disfunção bioenergética.

Avaliou-se o prognóstico através da readmissão por IC

e mortalidade global precoces (até 90 dias após a alta) e pela readmissão por IC e mortalidade global anuais. Apresentamos os resultados obtidos do estudo do biomarcador de fibrose miocárdica ST2.

Material e métodos: Trata-se de um estudo de coorte prospetivo observacional, unicêntrico, com uma amostra de 128 doentes dividida equitativamente em dois braços [fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) > 40% e ≤ 40%].

Quantificou-se o ST2 através de kits ELISA R&D Systems, Abingdon, USA.

A análise de sobrevivência foi realizada pelo método de Kaplan-Meier. Efetuou-se a comparação de médias usando o teste de Wilcoxon e aplicou-se o modelo de regressão de Cox (ajustado para a classe da NYHA) com o Objetivo de minimizar potenciais vieses.

A significância estatística foi definida como valor de $p < 0.05$.

Resultados: Efetuou-se um seguimento de um ano.

A mediana de idades foi de 83.5 [78.0-88.0] anos, 52.3% pertenciam ao sexo masculino.

Do total dos doentes, 20.3% tiveram reinternamento precoce, 31.8 % reinternamento anual, 10.2 % mortalidade precoce e 25 % mortalidade anual. Com base no valor mediano de ST2, concentrações superiores a 32.3 ng/mL integraram o grupo com valores considerados mais elevados.

Os níveis de ST2 foram directamente proporcionais aos de NT-proBNP ($R = 0.33$, $p = 0.00018$).

Os doentes com reinternamento precoce apresentaram concentrações significativamente mais elevadas de ST2 ($p = 0.018$).

Observou-se uma associação significativa com a mortalidade precoce ($p = 0.049$) e a mortalidade anual ($p = 0.034$).

Conclusão: Concentrações elevadas de ST2 correlacionaram-se com o prognóstico precoce, nomeadamente o reinternamento e a mortalidade, para além da mortalidade anual.

O ST2 demonstrou correlação positiva com NT-proBNP, um marcador tradicional de gravidade na IC.

Estes resultados corroboram o valor do ST2 na estratificação de risco na IC.

CO 177

NÍVEIS PLASMÁTICOS DE HOMOCISTEÍNA E RISCO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Vasco Nunes¹; Ana Célia Sousa¹; Alexandra Rodrigues¹; Carolina Olim¹; Cláudia Sousa¹; Cátia Martins¹; Sofia Borges²; Graça Guerra²; Maria João Oliveira²; Ilídio Ornelas²; Sónia Freitas²; Mariana Rodrigues²; Eva Henriques²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ²Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça (SESARAM, EPERAM); ³Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School

Introdução: A homocisteína é investigada há décadas como um possível fator de risco cardiovascular, devido à sua implicação em mecanismos como a disfunção endotelial, o aumento do *stress* oxidativo, processos inflamatórios e aumento da trombogénese. Estudos observacionais têm associado níveis elevados de homocisteína a um aumento do risco de doença cerebrovascular; contudo, não existe ainda consenso quanto ao limiar associado a um risco acrescido de AVC.

Objetivo: Com o presente trabalho, pretendemos avaliar se existe associação entre níveis plasmáticos de homocisteína e risco de AVC numa população portuguesa.

Material e métodos: Estudo com 1390 participantes (74% do sexo masculino, com idade média de $52,2 \pm 8,3$ anos), que à entrada no estudo não tinham doença cerebrovascular diagnosticada. Os participantes foram seguidos durante um período médio de $7,2 \pm 5,2$ anos. Durante o período de seguimento, registaram-se eventos de doença cerebrovascular isquémica nomeadamente acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente vascular cerebral transitório (AIT). Realizou-se um estudo caso-controlo, comparando indivíduos com AVC/AIT ($n = 33$) com controlos sem eventos cerebrovasculares ($n = 1357$). Foram analisados fatores demográficos, bioquímicos e fatores de risco para doença cerebrovascular, incluindo diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Comparamos em ambos os grupos os níveis séricos da homocisteína. Posteriormente, foi construída uma curva ROC para a homocisteína, tendo sido determinado o ponto de corte ótimo para discriminar a ocorrência de AVC/AIT. Uma análise multivariada de Cox com *hazard ratios* (HR) foi efectuada com a homocisteína, ajustada para outros fatores de risco tradicionais de AVC/AIT. Foram construídas curvas de Kaplan-Meier, estratificando os participantes segundo o ponto de corte da homocisteína previamente determinado, em relação ao AVC/AIT.

Resultados: O grupo com AVC/AIT tinha valores séricos mais elevados de homocisteína em relação ao grupo controlo e com significância estatística ($p = 0,007$). O ponto de corte da homocisteína associado ao risco de AVC/AIT foi de $12,13 \mu\text{mol/L}$. Na análise de regressão de Cox, ajustada para os fatores de risco

tradicionais de AVC/AIT, a homocisteína e o tabagismo mantiveram-se significativamente e independentemente associados à ocorrência de AVC/AIT (HR=3,098 (IC 95% 1,506-6,372), $p=0,002$; HR=2,899 (IC 95% 1,462-5,746), $p=0,002$, respetivamente). A curva de Kaplan-Meier demonstrou que, durante o período de seguimento (7,2±5,2 anos) os indivíduos com valores mais elevados de homocisteína têm maior probabilidade de ocorrência de AVC/AIT ($p=0,001$). Na análise de Kaplan-Meier, a probabilidade de ausência de AVC/AIT foi inferior no grupo com homocisteína >12,13 (vs ≤12,13), apresentando uma curva consistentemente inferior ao longo do seguimento. Aos 15 anos, as probabilidades de desfecho livre de AVC/AIT foram de 89,6% e 98%, respetivamente (teste *log-rank* $p=0,001$).

Conclusões: Os nossos resultados mostram que níveis séricos de homocisteína superiores a 12 µmol/L se associam a um aumento do risco de AVC. Considerando o seu envolvimento na aterosclerose e na disfunção endotelial, estes dados apoiam a continuação da investigação sobre o potencial papel da homocisteína na estratificação do risco vascular e de AVC.

CO 178

A IMPORTÂNCIA DA GENÉTICA NO DESENVOLVIMENTO DA INSULINORRESISTÊNCIA

Cláudia Sousa¹; Ana Célia Sousa¹; Carolina Olim¹; Alexandra Rodrigues¹; Vasco Nunes¹; Elisa Caldeira¹; Mariana Rodrigues²; Eva Henriques²; Sónia Freitas²; Graça Guerra²; Sofia Borges²; Ana Cardoso²; Maria João Oliveira²; Maria Isabel Mendonça²; Roberto Palma Dos Reis³

¹Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça; Serviço de Medicina Interna (SESARAM, EPERAM); ²Centro de Investigação Dra. Maria Isabel Mendonça (SESARAM, EPERAM); ³Faculdade de Ciências Médicas/NOVA Medical School

Introdução: A resistência à insulina constitui um relevante marcador de risco cardiovascular. O *Metabolic Score for Insulin Resistance* (METS-IR) é um score validado e reconhecido que estima o grau de resistência à insulina, de forma prática e não invasiva. O estudo dos fatores genéticos e ambientais que contribuem para o aparecimento da insulinorresistência, têm tido particular relevo. Vários genes têm sido identificados, a nível global, como estando associados ao desenvolvimento da resistência à insulina. No entanto, poucos estudos foram realizados sobre o papel do gene *CYP17A1* na resistência à insulina. **Objetivo:** Investigar se existe associação entre o gene *CYP17A1* e o grau de resistência à insulina, determinado pelo score METS-IR.

Métodos: Avaliámos 1765 indivíduos com idade média de 51,0±8,4. Todos colheram sangue para análises bioquímicas e colheita de ADN para a análise genética. Determinámos o genótipo do gene *CYP17A1* para cada indivíduo. Calculamos em toda a população o score de METS-IR pela fórmula: $\ln [2 \times \text{glucose em jejum (GJ)} + \text{triglicéridos (TG)}] \times \text{índice de massa corporal (IMC)} /$

$\ln [\text{colesterol de alta densidade (HDL-C)}]$. Calculados os modelos de hereditariedade genética, dominante, aditivo e recessivo em relação ao aumento de METS-IR. O melhor modelo foi o dominante. Fizemos o teste de Mann-Whitney para ver associação do gene *CYP17A1* (CT+CC) com o aumento do METS-IR. Por fim, fez-se uma análise de regressão linear com outros fatores de risco de doença cardiovascular nomeadamente: hipertensão, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo e modelo dominante do gene *CYP17A1* para avaliar se esta variante genética se associa de forma significativa e independente ao aumento do METS-IR.

Resultados: A análise pelo teste de Mann-Whitney revelou que o gene *CYP17A1* (CT+CC) associa-se significativamente ao aumento do METS-IR ($p = 0,022$). Após a análise multivariada, o modelo de regressão linear é estatisticamente significativo ($p < 0,0001$). Os preditores, gene *CYP17A1* (CT+CC), hipertensão, sedentarismo, consumo de álcool, ajudam a prever o METS-IR. Os indivíduos com o alelo C do gene *CYP17A1* apresentam valores de score METS-IR 1,17 vezes maiores do que aqueles com o genótipo TT.

Conclusões: Os nossos resultados comprovam que o gene *CYP17A1* (CT+CC) está associado de forma significativa e independente com a insulinorresistência. Medidas de higiene e estilo de vida devem ser adotadas pelos indivíduos com esta variante genética, para diminuir o risco de desenvolver resistência à insulina e consequentemente, reduzir o risco cardiovascular.

CO 179

TEMPO E COMPLEXIDADE: DETERMINANTES DOS ENCARGOS ECONÓMICOS NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA

Beatriz Santos Caldeira; Rita Monteiro; Tiago Cunha; Ana Craveiro; Susana Ferreira; Ricardo Marinho

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A Medicina Interna concentra uma elevada proporção de doentes complexos, frequentemente idosos e com múltiplas patologias e comorbilidades, traduzindo-se num consumo relevante de recursos hospitalares. A caracterização detalhada da estrutura de custos e dos seus determinantes em enfermarias de Medicina é fundamental para sustentar decisões de gestão, otimizar estratégias de cuidados e identificar áreas com maior potencial de eficiência.

Métodos: Estudo coorte retrospectivo que incluiu 1150 episódios de internamento no Serviço de Medicina Interna de um Hospital Universitário terciário, de janeiro de 2022 a dezembro de 2023. Recolheram-se dados demográficos, Índice de Comorbilidade de Charlson (ICC), severidade da doença, cálculo da probabilidade de morte, classificação de complexidade (peso relativo do *Diagnosis Related Group* - DRG), risco nutricional (*Nutritional Risk Screening* - 2002), duração de internamento e mortalidade hospitalar. Seguindo a abordagem *patient*

level costing, foram calculados os custos dos recursos utilizados no decorrer destes internamentos, tanto materiais como humanos, de forma específica e completa, discriminando custos de hospitalização, medicação, meios complementares de diagnóstico, procedimentos específicos e serviços humanos. Para identificar preditores de custos, totais e parcelares, aplicaram-se modelos de regressão linear com método *stepwise* e transformação Box-Cox, avaliando ainda colinearidade e as condições de Gauss-Markov.

Resultados: A população avaliada apresentava um ICC médio de $5,2 \pm 3,3$, sugerindo uma carga de comorbilidade moderada-a-elevada. A mortalidade intra-hospitalar global foi de 17,1%. O peso relativo médio dos episódios foi de $1,01 \pm 1,81$, com 58,6% dos internamentos em DRG de menor complexidade, refletindo uma mistura heterogênea de casos simples e complexos. O custo total médio por episódio foi $10\,446,75 \pm 20\,182,94$ euros, dominado pelos custos de diária de internamento ($8\,081,56 \pm 16\,362,70$ euros), seguidos da medicação, meios complementares de diagnóstico e antibacterianos. Nos modelos multivariáveis, o tempo de internamento surgiu como principal preditor dos custos totais e de todas as componentes (maiores betas padronizados), enquanto a maior gravidade, maior complexidade (peso relativo) e o risco nutricional se associaram adicionalmente a maiores custos de medicação, nutrição e antibacterianos. Idade mais avançada e maior probabilidade de morte associaram-se a custos inferiores em algumas rubricas, sugerindo perfis diferenciados de utilização de recursos.

Conclusão: Em consonância com a literatura atual, este estudo verificou que, em enfermarias de Medicina Interna, a duração do internamento e a complexidade clínica constituem os principais determinantes do encargo económico de cada episódio de internamento, sendo que a hospitalização diária representa a maior parcela da despesa. Estes achados sublinham a importância de estratégias de gestão clínica focadas na redução de internamentos prolongados evitáveis, na melhoria da transição de cuidados intra- e extra-hospitalares, e na adoção de intervenções dirigidas a doentes de maior risco e complexidade. A utilização de dados de custo detalhados pode desta forma apoiar políticas de financiamento e reorganização de cuidados nas enfermarias de Medicina Interna.

CO 180

IMPACTO DO SEGUIMENTO EM CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: ANÁLISE EXPLORATÓRIA

Maria Beatriz Marques; Joana Correia Nunes;
Frederico Batista; José Delgado Alves
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A continuidade de cuidados após a alta hospitalar é particularmente relevante em doentes com elevada complexidade clínica e multimorbilidade.

A consulta de Medicina Interna pode desempenhar um papel importante na otimização do seguimento destes doentes, contribuindo potencialmente para reduzir reinternamentos e mortalidade. O Objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do seguimento em consulta de Medicina Interna na taxa de reinternamento e na mortalidade após a alta hospitalar.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo realizado num serviço de Medicina Interna de um hospital distrital entre setembro e dezembro de 2024. Foram incluídos todos os doentes com alta hospitalar nesse período. Os doentes foram divididos em dois grupos consoante mantiveram ou não seguimento em consulta de Medicina Interna após a alta. Foram analisados dados demográficos e clínicos, mortalidade aos 3 meses e reinternamento no primeiro ano. A análise estatística foi realizada com Stata® 14.0.

Resultados: Foram incluídos 548 doentes, com idade média de $72,3 \pm 16,6$ anos, sendo 52% do sexo masculino ($n=286$). Entre os doentes com alta ($n=481$), 34,7% manteve seguimento em consulta de Medicina Interna. Observou-se tendência para menor taxa de reinternamento ao fim de um ano no grupo com consulta (20% vs. 29%; $p=0,076$) e mortalidade significativamente inferior aos 3 meses (2,5% vs. 13,8%; $p=0,001$). O índice de Charlson associou-se ao reinternamento (3,5 vs. 4,7; $p=0,015$) e ao número de diagnósticos durante o internamento (8,1 vs. 9,2; $p=0,017$). A mortalidade aos 3 meses associou-se a idade mais avançada (69,4 vs. 76,4 anos; $p=0,02$), maior índice de Charlson (3,6 vs. 5,7; $p=0,01$), alta para instituição (7,8% vs. 16,7%; $p=0,022$), infeção nosocomial (8,3% vs. 18,9%; $p=0,02$) e maior duração de internamento (9,5 vs. 14,4 dias; $p=0,018$). Após ajuste multivariado, o seguimento em consulta de Medicina Interna manteve tendência para efeito protetor no reinternamento (OR 0,45; IC95% 0,18–1,07; $p=0,07$) e associou-se independentemente a menor mortalidade aos 3 meses (OR 0,06; IC95% 0,005–0,72; $p=0,027$). Os doentes referenciados para consulta apresentavam maior número de diagnósticos (8,6 vs. 7,1; $p<0,001$), eram mais jovens (67,2 vs. 72,9 anos; $p=0,02$) e tinham mais frequentemente alta para o domicílio (85,6% vs. 63,2%; $p<0,001$).

Conclusão: O seguimento em consulta de Medicina Interna após a alta hospitalar associou-se a uma redução das taxas de reinternamento e de mortalidade a 3 meses, sugerindo que a continuidade de cuidados especializados tem um papel relevante na gestão do doente complexo e na otimização dos recursos hospitalares. Apesar dos doentes seguidos serem relativamente mais novos e menos frequentemente encaminhados para lar/instituições, esta relação mantém-se após a análise multivariada. Estes resultados reforçam a importância da consulta de Medicina Interna como elemento central na articulação entre o internamento e os cuidados de ambulatório.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

POA 01

NEM TUDO É RABDOMIÓLISE: MIOSITE NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA ASSOCIADA A ESTATINAS

Joana Marina Teixeira Gouveia; Bianca Marques;
Ana Osório Petrucci; Nuno Alemão-Serrano; David Pires;
Mariana Belo Nobre

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A creatina quinase (CK) pode elevar-se por múltiplas causas, desde miopatias metabólicas e endócrinas até miopatias inflamatórias e tóxicas. A miopatia necrotizante imunomediada associada a estatinas (MNIM-E) é uma doença rara, mediada por anticorpos anti-HMG-CoA redutase, caracterizada por fraqueza muscular progressiva e elevação marcada e persistente de CK. Tipicamente com manutenção da atividade da doença mesmo após suspensão do fármaco, o que a pode distinguir de rabdomiólise por estatinas ou de miopatia tóxica simples.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, medicada no passado com estatina. Foi referenciada à consulta de Medicina Interna por elevação de velocidade de sedimentação (VS), CK e mioglobina, referindo fraqueza muscular proximal simétrica dos membros inferiores com cerca de dois anos de evolução, associada a mialgias ocasionais. Negava rigidez matinal, artralgias de ritmo inflamatório ou sintomas sistêmicos.

Ao exame Objetivo destacava-se dificuldade em levantar-se da posição sentada sem apoio, com fraqueza muscular proximal simétrica (Manual Muscle Testing 8 score: 105/160), sem dor à palpação muscular ou alterações cutâneas.

Salientava-se VS de 91mm, CK de 2993U/L, mioglobina de 687ng/mL e aldolase 17.9U/L. O estudo imunológico inicial, infeccioso e tiroideu não revelou alterações. A etiologia paraneoplásica foi excluída por tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, mamografia, ecografia mamária e tomografia por emissão de positrões.

O eletromiograma revelou alterações compatíveis com miopatia ativa, com sinais de necrose muscular, e a biópsia muscular evidenciou fibras em necrose e regeneração, com expressão de MHC classe II. A positividade dos anticorpos anti-HMG-CoA redutase confirmou o diagnóstico de miopatia necrotizante imunomediada associada a estatinas. Após iniciar prednisolona 1mg/kg, imunoglobulina 2g/Kg mensal, metotrexato 10mg/semana e fisioterapia, verificou-se melhoria clínica e laboratorial.

Este caso reforça a necessidade de considerar a MNI-

M-E perante fraqueza muscular proximal progressiva e elevação marcada e persistente da CK, mesmo meses-anos após suspensão de estatinas. O reconhecimento precoce é determinante para evitar atraso terapêutico e limitar a progressão da incapacidade funcional.

POA 02

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA MEDIADA POR COMPLEMENTO EM DOENTE COM DOENÇA RELACIONADA COM IGG4

Olga Capontes¹; Luís Filipe Couto²; Catarina Faustino³;
Olga Araújo⁴

¹Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz;

²ULS Alto Ave; ³Unidade Local de Saúde São João; ⁴Hospital Clínic Barcelona

Introdução: A doença relacionada com IgG4 (DR-IgG4) é uma entidade fibroinflamatória sistémica caracterizada por infiltração tecidual rica em plasmócitos IgG4+ e envolvimento multiorgânico. O rim pode ser afetado sob a forma de nefrite túbulo-intersticial ou lesões obstrutivas do trato urinário. A associação com microangiopatia trombótica (MAT) é rara, envolvendo desregulação da via alternativa do complemento.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e pancreatites de repetição (submetida a pancreatectomia corporocaudal em 2024, cuja histologia revelou fibrose marcada e >25 células IgG4+/campo, confirmando DR-IgG4), recorreu ao SU por dor lombar, hematuria e crise hipertensiva. Analiticamente com lesão renal aguda (Cr 3,4 mg/dL), proteinúria (4,3 g/24h) e hematuria. A investigação imagiológica (PET-TC e Uro-TC) revelou estenose ureteral bilateral e hidronefrose por provável fibrose retroperitoneal IgG4+, tendo sido necessária colocação de stents ureterais. Durante o internamento verificou-se deterioração da função renal apesar da derivação, pelo que realizou biópsia renal que demonstrou MAT crónica-ativa, com trombose glomerular e vascular e espessamento fibro-mixóide da íntima arterial. O estudo de fragmentação revelou esquistócitos (2/campo) e ADAMTS13 normal. Estudos complementares identificaram deleção dos genes CFHR1 e CFHR4 associada a autoanticorpos anti-Factor H. A doente iniciou terapêutica combinada com pulsos de metilprednisolona, rituximab (RTX) e eculizumab, com evolução clínica favorável, estabilização dos valores de creatinina e melhoria do controlo tensional.

Discussão: A MAT mediada por complemento resulta de ativação desregulada da via alternativa, associada

a alterações genéticas ou autoanticorpos contra proteínas reguladoras como o Factor H. Neste caso, a deleção CFHR1/CFHR4 e os autoanticorpos anti-Factor H sustentam o diagnóstico de MAT mediada por complemento. Contudo, a doente apresentava DR-IgG4 ativa, com estenose ureteral bilateral e hidronefrose por provável fibrose retroperitoneal/ureterite IgG4+, levantando a hipótese de MAT secundária a doença autoimune, embora raramente descrita. O tratamento integrou eculizumab para controlo da MAT e RTX dirigido à DR-IgG4, com evolução favorável.

POA 03

ESTENOSE URETERAL INFLAMATÓRIA: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO ESPECTRO DA VASCULITE ANCA-MPO

Olga Capontes¹; Luís Filipe Couto²; Catarina Faustino³; Olga Araújo⁴

¹Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz;
²ULS Alto Ave; ³Unidade Local de Saúde São João; ⁴Hospital Clínic Barcelona

Introdução: A vasculite associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos com especificidade para mieloperoxidase (VAA-MPO) cursa tipicamente com glomerulonefrite rapidamente progressiva e envolvimento extra-renal. O envolvimento do trato urinário excretor com estenose ureteral é uma manifestação rara e que pode simular outras etiologias.

Caso clínico: Mulher de 21 anos, com diagnóstico de VAA-MPO desde os 10 anos no contexto de quadro inicial de glomerulonefrite, infiltrados pulmonares e mononeuropatia. Destaca-se recidiva de doença com compromisso renal em 2023, desde então sob rituximab (RTX) 500mg semestral e dose baixa de corticoterapia oral (CCT). A doente recorre ao SU por quadro de 1 semana de febre e dor lombar bilateral, analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 4,56 mg/dL; VSG 32 mm/h) e agravamento da função renal (creatinina 1,58 mg/dL; basal 1,1 mg/dL), rácio proteína/creatinina 1180 mg/g, ANCA's negativos, sedimento urinário com leucoeritrocituria, sem hematuria e urocultura negativa. Realizou uro-TC que revelou uretero-hidronefrose bilateral moderada associada a espessamento mural ureteral de aspeto inflamatório, sugestivo de estenose bilateral. Durante o internamento, registou-se deterioração progressiva da função renal (creatinina máxima 3,2 mg/dL), motivando colocação de nefrostomias bilaterais. A biópsia renal revelou glomerulopatia evoluída com 35% de cronicidade, sem atividade inflamatória glomerular atual, mas com sinais de nefropatia obstrutiva. A biópsia ureteral revelou inflamação crónica ativa marcada (infiltrado com linfócitos, polimorfonucleares de predomínio neutrofílico e alguns eosinófilos), sem evidência de neoplasia, infeção ou doença por IgG4 (negativa no soro e tecido). Iniciou pulsos de CCT durante 3 dias, seguido de des-

mame lento de CCT oral e reindução com RTX. Verificou-se melhoria clínica e analítica progressivas.

Discussão: Este caso pode representar uma apresentação atípica de VAA-MPO, na qual a uropatia obstrutiva bilateral por estenose ureteral constituiu a principal causa de lesão renal aguda. A inflamação ureteral documentada levanta a possibilidade de envolvimento local da vasculite, não se podendo excluir relação com atividade da doença, mesmo na ausência de envolvimento glomerular ou sistémico.

POA 04

DA AUTOIMUNIDADE À VASCULOPATIA: UM PERCURSO DIAGNÓSTICO COMPLEXO NA DMTC

Ana Sofia S Soares; Liliia Savka; Pedro Gaspar;
Ana Maria Baltazar; Liliana Ribeiro Santos; Nuno Reis Carreira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A associação de trombocitopenia imune, artralgias e lesões cutâneas em adultos jovens levanta um amplo leque de diagnósticos diferenciais, incluindo doenças autoimunes, vasculites e doenças granulomatosas, tornando o diagnóstico frequentemente desafiante.

Caso clínico: Mulher de 20 anos recorreu por epistaxis e petéquias no palato, apresentando trombocitopenia grave (9x10⁹/L). Observavam-se adenopatias cervicais, lesões cutâneas nos membros inferiores, nódulos eritemato-violáceos nas coxas e erosões pré-tibiais. Referia perda ponderal de 10 kg nos cinco meses prévios, nódulos dolorosos nos membros, artralgias inflamatórias, fenómeno de *Raynaud*, *puffy fingers* e alopecia. O estudo imunológico revelou ANA 1/640, anti-RNP e anti-Scl70 positivos, com anti-dsDNA, anti-Sm, anti-Ro/La e ANCA negativos; crioglobulinas negativas. A TC torácica não evidenciou doença intersticial. Foi estabelecido o diagnóstico de doença mista do tecido conjuntivo com características de esclerose sistémica e lúpus eritematoso sistémico, mantendo-se as lesões cutâneas por esclarecer. Iniciou corticoterapia e imunoglobulina intravenosa, com normalização plaquetária. A biópsia cutânea revelou paniculite com vasculite e necrose, compatível com eritema induratum de Bazin, apesar de IGRA e estudo para micobactérias negativo. Perante um agravamento das lesões, repetiu-se biópsia, que demonstrou vasculopatia livedóide trombótica. Ajustou-se a terapêutica de azatioprina para micofenolato de mofetil e iniciou-se bosentan e anticoagulação, além de cuidados de penso e tratamento em câmara hiperbárica, com resolução clínica.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da investigação de manifestações sistémicas múltiplas. Apesar do quadro clínico e imunológico compatível com doença mista do tecido conjuntivo, a reavaliação histológica permitiu o diagnóstico de vasculopatia livedóide trombótica, entidade associada a patologia do tecido conjuntivo mas com abordagem diagnóstica e terapêutica próprias.

POA 05

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA SECUNDÁRIA A LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM ISQUÊMIA MULTIÓRGÃO

Vera Guedes De Sousa; Bernardo Soares Baptista;
Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

A púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) é uma microangiopatia trombótica caracterizada por anemia hemolítica, trombocitopénia e isquemia de órgão-alvo. A forma adquirida resulta da deficiência grave da ADAMTS13 mediada por autoanticorpos e pode ser secundária a doenças imunomediadas.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 40 anos, sem antecedentes conhecidos, internada por quadro clínico com três meses de evolução caracterizado por equimoses espontâneas (membros e tronco) indolores, cefaleia diária, aftose oral recorrente e, nas duas semanas anteriores, um episódio de vertigem e ataxia da marcha e outro episódio de alteração da mímica facial e disartria, ambos autolimitados com duração <24h. No exame físico eram evidentes pequenas equimoses, de configuração arredondada e com lesão purpúrica central, dispersas pelos membros e tronco. Laboratorialmente apresentava anemia hemolítica não-imune com 1,6% esquizócitos, neutropénia (940/uL), trombocitopénia (127.000/uL), troponina I de alta sensibilidade de 476ng/L, ANA 1/640 fino granular, anti-dsDNA e anti-S-SSA positivos e consumo de C3. A RM crânio-encefálica revelou múltiplas pequenas lesões isquémicas supra e infra-tentoriais e a TC de tórax, abdómen e pélvis revelou pequenos enfartes esplénicos e renais. A atividade da ADAMTS13 foi de 0,0 e os ac anti-ADAMTS13 foram positivos (22,21UI/mL), confirmando o diagnóstico de PTT secundária a lúpus eritematoso sistémico (LES). Desta forma iniciou pulsos de metilprednisolona, rituximab, imunoglobulina humana endovenosa, hidroxicloroquina e ácido acetilsalicílico, com evolução clínica e laboratorial favorável.

Este caso ilustra uma apresentação subaguda de PTT adquirida secundária a LES, com lesões isquémicas multi-órgão, nomeadamente cerebrais, miocárdicas, esplénicas, renais e provavelmente cutâneas – lesões eram morfológicamente similares a equimoses, mas não se documentou distúrbio da coagulação e era visível lesão purpúrica central, sugerindo mecanismo isquémico.

POA 06

DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA POR ANTI-MDA5 – UM CASO DE DISPNEIA

Francisco Calejo Pires¹; Joana Oliveira¹; Gabriela Rodrigues²; Nair Correia²; Miguel Arderius¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente;

²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A dermatomiosite amiopática (DMA) associada a anticorpos anti-MDA5 é uma variante rara das miopatias inflamatórias idiopáticas frequentemente associada a doença pulmonar intersticial rapidamente progressiva (DPI-RP), com elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 56 anos, com antecedentes de glaucoma, doença de refluxo gastroesofágico e mamoplastia de aumento, internada por dispneia com dois meses de evolução progressiva, tosse não produtiva, toracalgia pleurítica, astenia e perda ponderal não intencional (10%). À observação destacava-se eritema periorbitário, lesões eritematodescamativas na região anterior do tórax, cotovelos (sinal de Gottron) e região plantar, alopecia, pápulas de Gottron sobre as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais e hiperqueratose com fissuração nas palmas das mãos. Apresentava hipoxémia, alterações retículo-intersticiais pulmonares bilaterais em vidro despolido e com áreas organizativas na tomografia de tórax, padrão restritivo moderado e redução grave da capacidade de difusão de monóxido de carbono nas provas de função respiratória, positividade para anti-MDA5 no estudo imunológico e infiltrado linfo-histiocitário nas biópsias cutâneas e pulmonares. Não apresentava diminuição da força muscular, elevação de biomarcadores de lesão muscular ou alterações na ressonância magnética das coxas. Estabeleceu-se o diagnóstico de dermatomiosite amiopática anti-MDA5. Iniciou terapêutica com prednisolona e azatioprina, com melhoria das lesões cutâneas e estabilização clínica respiratória.

Conclusões: Este caso ilustra a importância do reconhecimento precoce da dermatomiosite, particularmente perante manifestações cutâneas típicas e patognomónicas e envolvimento pulmonar, mesmo não existindo envolvimento muscular. O diagnóstico atempado permite instituir precocemente imunossupressão, com potencial impacto no prognóstico

POA 07

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES ASSOCIADA A LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÔNICA

Lourenço Garcia¹; Catarina Henriques²; Rita Pontes²; Catarina Coelho²; Joana Silva³; Ricardo Mendes³; Beatriz Correia³; Mariana Gaspar³; Pedro Caiado³; António Mesquita³; Catarina Patrício³; Augusto Ribeirinho³; Vitor Brotas³; Sofia Pinheiro³

¹Hospital Santo António dos Capuchos; ²ULS São José; ³ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Medicina ^{2,3}

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite de grandes vasos que se apresenta tipicamente com sintomas constitucionais e elevação marcada dos parâmetros inflamatórios. Contudo, pode coexistir ou mimetizar doenças hematológicas, dificultando o diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 82 anos recorreu ao serviço de urgência por cervicalgia posterior intensa com 1 semana de evolução, associada a astenia e mal-estar geral com vários meses de evolução. À observação apresentava dor à palpação cervical posterior e limitação marcada da mobilidade do pescoço, sem défices neurológicos. Analiticamente destacava-se anemia grave (Hb 6,5 g/dL), leucocitose com monocitose importante, trombocitose, elevação da fosfatase alcalina e parâmetros inflamatórios marcadamente elevados. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica não revelou lesões ósseas metastáticas, e a ressonância cervical mostrou alterações degenerativas, sem explicação para o quadro inflamatório sistémico. A PET evidenciou captação aumentada em múltiplos territórios arteriais de grande e médio calibre, compatível com vasculite. Perante suspeita de ACG iniciou prednisolona, com resolução clínica e normalização dos marcadores inflamatórios. O estudo medular revelou hiperplasia com aumento da série mieloide e discreta displasia, levantando a suspeita de leucemia mielomonocítica crónica (LMMC), tendo sido inicialmente assumido carácter reativo. Estudo para mutação somática *UBA1* negativo, sem sugestão de vacúolos no esfregaço do mielograma. Um ano depois, com persistência e agravamento das alterações hematológicas, nova biópsia medular mostrou aumento significativo de blastos, compatível com LMMC com transformação leucémica.

Discussão: Este caso ilustra a possível associação entre fenómenos autoimunes e neoplasias hematológicas. Em doentes com vasculite e alterações hematológicas persistentes, deve-se ter um elevado índice de suspeição para doenças mielodisplásicas ou mieloproliferativas subjacentes.

POA 08

CÉREBRO EM CHAMAS": ENCEFALITE POR PEMBROLIZUMAB OU SÍNDROME PARANEOPLÁSICA?

Nuno Alemão Serrano; Marta Fragueiro; Ana Kashpor; Ana Osório-Petrucci; David Pires; Joana Gouveia; Anabela Oliveira; Teresa Vieira Gouveia; António Martins Baptista
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A encefalite associada a inibidores do checkpoint imunitário é uma complicação neuroimunológica emergente e o diagnóstico diferencial com síndromes paraneoplásicas permanece desafiante. Uma apresentação subaguda com realce leptomeníngeo num doente oncológico requer uma abordagem multidisciplinar realizada com celeridade.

Caso clínico: Trata-se de um, homem de 64 anos com carcinoma de células renais metastizado (para o pulmão e suprarrenais) em excelente resposta a pembrolizumab após nefroureterectomia há 4 anos. Apresentava-se com um quadro neurológico rapidamente progressivo com 2 semanas de evolução composto por desorientação temporo-espacial, défice de nomeação e disfunção executiva, sem febre ou meningismo associados. Realizou RMN-CE que revelou realce sulcal em T2-FLAIR bi-hemisférico (frontal esquerda/parietoccipital direita), sugestivo de processo leptomeníngeo inflamatório e punção lombar com líquido com pleocitose linfocítica, hiperproteinorraquia e bandas oligoclonais positivas, mas perfil paraneoplásico negativo (excepto anti-CV2 fraco positivo). A destacar EEG com disfunção difusa. Foram excluídas infeções ativas (serologias JC, CMV e EBV negativas) e iniciou pulsos de corticoterapia e imunoglobulina endovenosa, bem como sessões de plasmáfereze. Após esta terapêutica realizou RMN de reavaliação com evolução favorável com resolução do realce, clinicamente com persistência de desorientação parcial.

Discussão: Este caso é ilustrativo de uma encefalite imunomediada por pembrolizumab, tendo sido colocada a hipótese de uma etiologia paraneoplásica, com realce leptomeníngeo atípico e resposta parcial a imunossupressão agressiva (pulso de corticoterapia+ IGIV + plasmáfereze). O diagnóstico diferencial foi guiado por PL, RMN seriadas e exclusão de causa infecciosa. Destaca-se a necessidade de colaboração multidisciplinar entre a medicina interna, oncologia e neurologia, bem como a vigilância neuropsiquiátrica prolongada em doentes sob inibidores do checkpoint imunitário. A evolução em curso realça a complexidade terapêutica da oncologia imunológica e o papel do internista na sua gestão.

POA 09

TAKOTSUBO COM CHOQUE CARDIOGÉNICO: PAPEL DO DÉFICE DE COENZIMA Q10

Daniel Castanheira¹; Inês Santos²; Rodrigo Neves Brandão²; Filipa Gerardo²; Carolina Mateus²; Inês Pereira De Miranda²; Tiago Mesquita²; Márcio Madeira²; Miguel Borges dos Santos²; Inês Fialho²; Mariana Passos²; Davide Roque²; Célia Henriques²; Ana Oliveira Soares²

¹Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas; ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A síndrome de Takotsubo é uma entidade frequentemente associada a stress físico ou emocional, podendo evoluir para formas graves com choque cardiogénico. No entanto, a sua associação a disfunção mitocondrial permanece pouco reconhecida.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 61 anos, com ataxia cerebelosa por défice de coenzima Q10, admitida por dor abdominal e vômitos, com rápida deterioração clínica caracterizada por dispneia, hipoxemia grave e acidemia metabólica com hiperlactacidemia marcada. Analiticamente, destacava-se elevação de troponina e NT-proBNP. O ecocardiograma revelou disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo (FEVE 20–25%) com acinesia médio-apical difusa, compatível com síndrome de Takotsubo. Evoluiu em choque cardiogénico (SCAI C), necessitando de suporte com ventilação não invasiva, diuréticos e dobutamina.

A desproporção entre a gravidade da acidemia láctica e a ausência de disfunção orgânica periférica relevante levantou a suspeita de disfunção metabólica subjacente. O estudo angiográfico excluiu doença coronária. Durante o internamento, verificou-se recuperação completa da função ventricular esquerda. Em articulação com Neurologia, foi assumido o papel do défice de coenzima Q10 na disfunção mitocondrial e instabilidade metabólica, tendo sido otimizada a terapêutica com suplementação, com melhoria clínica e funcional.

Este caso ilustra uma apresentação rara de síndrome de Takotsubo complicada por choque cardiogénico, provavelmente precipitada por disfunção mitocondrial. Destaca-se a importância de reconhecer causas metabólicas em quadros de hiperlactacidemia desproporcional e disfunção cardíaca reversível, com impacto direto na abordagem terapêutica e prognóstico.

POA 10

SÍNDROME PLATIPNEIA-ORTODEOXIA: A PROPÓSITO DE UM CASO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA POSICIONAL

Rui Jorge Silva; Catarina Araújo; Rita Pinto; Inês Gonçalves; Alexandre Carvalho

Hospital Braga

A síndrome platipneia-ortodeoxia é uma entidade rara caracterizada por dispneia e dessaturação em posição ortostática, com melhoria em decúbito, frequentemente associada a shunt cardíaco direito-esquerdo.

Mulher de 77 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular, múltiplos fatores de risco cardiovasculares, AVC isquémico com paresia facial unilateral sequelar e doença pulmonar intersticial (pneumonite intersticial não específica / pneumonia eosinofílica crónica) sob oxigenoterapia de longa duração a 1L/min. Admitida em internamento por infeção do trato urinário, verificando-se episódios de agravamento da insuficiência respiratória tipo 1, com dessaturação marcada em posição ortostática e com o esforço, revertendo com decúbito dorsal e oxigenoterapia nasal de alto fluxo. A gasimetria arterial evidenciou hipoxemia grave e desproporcional ao grau de doença pulmonar conhecida. Foi realizado ecocardiograma transtorácico com contraste salino (disponível em imagem e vídeo), que demonstrou shunt direito-esquerdo por foramen oval patente com variação postural. Realizado assim o diagnóstico de síndrome platipneia-ortodeoxia. A doente foi submetida a encerramento percutâneo do foramen oval, com melhoria clínica imediata e progressiva, permitindo suspensão completa da oxigenoterapia suplementar, encontrando-se a doente eupneica em ar ambiente à data de alta.

A síndrome platipneia-ortodeoxia deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hipoxemia posicional inexplicada. O ecocardiograma com contraste salino é o exame-chave para o diagnóstico e o encerramento percutâneo o tratamento de eleição, com resultados clínicos frequentemente notáveis. Este caso ilustra a importância da suspeita clínica precoce e de uma abordagem multidisciplinar numa entidade rara mas potencialmente curável.

POA 11

EDEMA AGUDO DO PULMÃO RECORRENTE APÓS ENFARTE: UM SINAL DE COMPLICAÇÃO MECÂNICA RARA

Carolina Correia¹; Maria Meneses Rebelo²; Margarida Guiomar³; Leonor Soares²; Manuel Monteiro⁴

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz;

²ULS São José; ³Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; ⁴ULS S. José

Introdução: A rotura do músculo papilar é uma complicação mecânica rara do enfarte agudo do miocárdio (0,05–0,3%), associada a elevada mortalidade. O mús-

culo papilar posteromedial é o mais frequentemente afetado pela sua irrigação coronária única, podendo manifestar-se por insuficiência mitral aguda e edema agudo do pulmão recorrente.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, carcinoma urotelial e hábitos tabágicos. Recorreu inicialmente ao serviço de urgência por dispneia e cansaço para pequenos esforços, sendo internada por insuficiência cardíaca de novo. O ECG evidenciava infra-desnivelamento do ST em derivações anterolaterais, com troponina elevada (300 ng/L), sendo diagnosticado NSTEMI da parede inferior, associado a fibrilhação auricular de novo.

O ecocardiograma transtorácico inicial mostrou hipocinesia dos segmentos basais e médios da parede inferior, sem lesões valvulares significativas. A coronariografia revelou doença da coronária direita, ficando com indicação para intervenção coronária percutânea em diferido. Teve alta sob antiagregação e anticoagulação.

Duas semanas depois recorreu novamente ao serviço de urgência por melenas e astenia, verificando-se anemia e angiectasias intestinais. Evoluiu com insuficiência cardíaca descompensada, derrames pleurais bilaterais volumosos e episódios recorrentes de *flash pulmonary edema*, com toracocenteses repetidas e drenagem cumulativa de cerca de 19 L de líquido pleural.

O ecocardiograma transtorácico revelou regurgitação mitral moderada com suspeita de rotura de corda, tendo o ecocardiograma transesofágico confirmado rotura do músculo papilar posteromedial, com insuficiência mitral aguda grave. Evoluiu para choque cardiogénico, sendo transferida para realização de cirurgia cardíaca urgente.

Discussão: Este caso ilustra a importância de suspeitar de complicações mecânicas após enfarte do miocárdio perante edema agudo do pulmão recorrente ou deterioração hemodinâmica desproporcional. A ecocardiografia, particularmente o estudo transesofágico, foi determinante para o diagnóstico. O reconhecimento precoce desta entidade é essencial para permitir intervenção cirúrgica atempada e potencialmente melhorar o prognóstico.

POA 12

CTEPH AVANÇADA: BENEFÍCIO DA TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR

Maria Eduarda Moniz¹; Daniel Inácio Cazeiro²; Samuel António³; Tatiana Guimarães²; João R. Inácio²; Fausto J. Pinto²; Rui Plácido²

¹Hospital Dr. Nélcio Mendonça; ²Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ³Hospital Geral de Viana – Bispo Emílio de Carvalho

A hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH) resulta de obstrução tromboembólica persistente da circulação pulmonar, com sobrecarga progressiva do ventrículo direito (VD) e evolução para insuficiência cardíaca (IC). O *awareness* diagnóstico é crítico, pois a CTEPH é uma das poucas causas de hipertensão pulmonar

(HP) pré-capilar potencialmente curáveis, com impacto prognóstico marcante quando tratada atempadamente por tromboendarterectomia pulmonar (PTE).

Apresenta-se o caso de mulher de 63 anos, com antecedentes de trombose venosa profunda, IC e insuficiência respiratória sob oxigenoterapia de longa duração, observada por dispneia de esforço e edema dos membros inferiores (classe funcional OMS III). À admissão: NT-proBNP 1500 pg/mL, ECG com sobrecarga do VD e ecocardiograma com dilatação/disfunção do VD, PSAP 83 mmHg, insuficiência tricúspide grave e D-shape. Angio-TC com estenoses segmentares/subsegmentares compatíveis com tromboembolismo crónico. Cateterismo direito com HP pré e pós-capilar (PAPm 50 mmHg; RVP 7,19 Wood; pressão de encravamento 20 mmHg). Iniciou tadalafil, mantendo descompensações recorrentes de IC. Quatro anos depois, reavaliada em centro especializado de HP: NT-proBNP 2960 pg/mL, VD gravemente dilatado e doença hemodinamicamente severa; espirometria com restrição ligeira. Foi considerada elegível para PTE, com normalização hemodinâmica (PAPm 20 mmHg; RVP 1,1 Wood). No pós-operatório desenvolveu ARDS, necessitando de ECMO veno-venosa, com boa evolução e descanulação ao 7.º dia.

Este caso de CTEPH avançada reforça que, mesmo em fases tardias, a PTE pode modificar de forma decisiva o curso da doença, apesar do risco de complicações pós-operatórias. Em doentes com história de tromboembolismo venoso e sinais de HP/VD, é essencial manter elevada suspeição de CTEPH e referenciar precocemente para centros de HP, dada a possibilidade de tratamento curativo e o seu grande impacto prognóstico.

POA 13

QUANDO A “EPILEPSIA” NÃO É NEUROLÓGICA: SÍNDROME DE QT LONGO COMO CAUSA DE SÍNCOPE RECORRENTE

Andreia Meseiro; Ana Catarina Ruivo; Bruna Barbosa; Inês Bonito; Mónica Henriques Correia; João Paulo Caixinha; Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A distinção entre síncope e crise epilética pode ser desafiante na prática clínica. Algumas arritmias ventriculares malignas, nomeadamente a síndrome de QT longo, podem manifestar-se com perda súbita de consciência e movimentos convulsivos secundários à hipoperfusão cerebral, conduzindo a diagnósticos errados de epilepsia.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 35 anos com antecedentes de epilepsia desde os 9 anos, previamente bem controlada sob terapêutica antiepilética, que recorreu ao serviço de urgência por episódios recorrentes de perda súbita de consciência. Nas semanas anteriores apresentara múltiplos episódios semelhantes, interpretados como descompensação da doença epilética, tendo sido efetuados vários

ajustes terapêuticos sem benefício clínico, enquanto aguardava agendamento de eletroencefalograma.

Durante a avaliação hospitalar foi submetida a monitorização cardíaca contínua, tendo ocorrido episódio de síncope associado a taquicardia ventricular não mantida. O eletrocardiograma revelou intervalo QT corrigido significativamente prolongado (498 ms), levantando a suspeita de síndrome de QT longo. Foi continuado o estudo etiológico e estabelecido o diagnóstico de canalopatia hereditária com risco de arritmias ventriculares malignas, sendo iniciada abordagem cardiológica dirigida sem melhoria, tendo culminado na implantação de CDI (Cardiodesfibrilador Implantável). No contexto do estudo familiar verificou-se ainda que o filho da doente, de 15 anos, se encontrava em investigação genética por suspeita da mesma patologia.

Discussão: A síndrome de QT longo pode manifestar-se com episódios de síncope ou fenómenos convulsivos secundários à hipoperfusão cerebral, sendo frequentemente confundida com epilepsia, sobretudo em doentes com história prévia de crises. O reconhecimento desta entidade é fundamental, dado o risco de arritmias potencialmente fatais e a necessidade de rastreio familiar.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de considerar causas cardíacas no diagnóstico diferencial de episódios convulsivos ou perda de consciência recorrente, particularmente quando há ausência de resposta à terapêutica antiepilética.

POA 14

DOR ABDOMINAL QUE CHEGA AO CORAÇÃO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NO IDOSO

Dr. Walter Esteves

Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Introdução: A Endocardite infecciosa é uma patologia com incidência crescente no idoso (pico aos 75-79 anos), apresentando frequentemente sintomas atípicos que dificultam o diagnóstico precoce, especialmente na presença de dispositivos protésicos.

Caso clínico: Feminino, 82 anos, com antecedentes de prótese mitral biológica (reintervenção há 10 anos), fibrilhação auricular, episódios recentes de acidente isquémico transitório e hipertensão arterial.

Admitida por quadro com uma semana de evolução de astenia, dor abdominal, calafrios e náuseas. À observação: prostrada, desidratada e hemodinamicamente estável. Auscultação cardíaca com sopro sistólico grau II/VI em foco mitral; abdómen com dor na fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Laboratorialmente destacava-se: anemia normocítica normocrômica (Hb 9.3g/dL), leucocitose (10.000/uL), creatinina 1.44mg/dL, hiponatremia grave (121 mmol/L) e elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 19 mg/dL; PCT 1.56 ng/mL). A Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica revelou extensa

diverticulose cólica com sinais de colite segmentar. Inicialmente admitiu-se o diagnóstico de colite e infeção urinária (*urocultura positiva para Citrobacter braakii*), iniciando-se antibioterapia de largo espectro. Ao 9.º dia de internamento, a doente evoluiu com insuficiência cardíaca descompensada. O ecocardiograma transesofágico revelou vegetações na prótese mitral, a maior com 11x12mm, condicionando obstrução funcional. As hemoculturas isolaram *Staphylococcus lugdunensis* (sensível a oxacilina). Instituiu-se terapêutica com Flucloxacilina durante 6 semanas, com evolução clínica e ecocardiográfica favorável.

Conclusão: Este caso sublinha a complexidade da endocardite infecciosa no idoso, apresentação simulou patologia abdominal e urinária. O *Staphylococcus lugdunensis*, apesar de ser um estafilococo coagulase-negativo, apresenta uma agressividade comparável ao *Staphylococcus aureus*, exigindo elevado índice de suspeição em doentes portadores de próteses.

POA 15

“DE RIR ATÉ CORTAR A RESPIRAÇÃO”: FENÓMENOS TROMBOEMBÓLICOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÓXIDO NITROSO

Catarina Ribeiro Henriques; Ana Rita Pontes;
Catarina Bogas Coelho; Lourenço Garcia;
Nathalie Nogueira Duarte; Joana Catarina Silva;
Pedro Caiado Ferreira; António Mesquita;
Márcia Agostinho Pereira; Catarina Patrício;
Augusto Ribeirinho; Vítor Brotas; Sofia Pinheiro

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: O consumo de óxido nitroso (N₂O) está a aumentar em Portugal, particularmente entre os mais jovens, facto que foi recentemente notícia na comunicação social. Além dos efeitos neurológicos graves, esta substância psicoativa parece aumentar o risco de eventos tromboembólicos. Pensa-se que o mecanismo fisiopatológico possa estar relacionado com a hiperhomocisteinémia, que surge de forma abrupta pela inibição indireta da metionina sintetase, através da ligação irreversível do óxido nitroso ao átomo cobalto da vitamina B12, um cofator essencial para esta enzima.

Caso clínico: Homem, de 21 anos, com história de consumo ativo de óxido nitroso e um internamento na Neurologia em Janeiro de 2025 por mielopatia longitudinalmente extensa associada. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 dias de evolução de dor no hipocôndrio direito e região torácica posterior. Por percepção de defesa à palpação do hipocôndrio direito, realizou uma TC toraco-abdomino-pélvica, que mostrou tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral central e periférico. Analiticamente a destacar uma vitamina B12 normal, acompanhada de homocisteinémia de 99 umol/L. Por TEP de baixo risco foi anticoagulado com enoxaparina, com posterior *switch* para edoxabano. Foi ainda suplementado com vitamina B12 intramuscular

semanal e referenciado para um Centro Integrado de Reabilitação.

Discussão: O consumo de N2O associa-se a um déficit predominantemente funcional, e não quantitativo, de vitamina B12. Por inibição indireta da metionina sintetase, com aumento muito elevado e abrupto da homocisteína, pensa-se que o consumo de N2O comporte um risco aumentado de eventos tromboembólicos. Assim sendo, em jovens com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, o consumo de óxido nítrico deve ser uma etiologia a considerar. Nos doentes com consumo crónico de óxido nítrico e eventos tromboembólicos associados, a anticoagulação deverá ser mantida enquanto os consumos persistirem.

POA 16

DERRAME PERICÁRDICO ASSOCIADO A PECTUS EXCAVATUM

Marta Brito Alves; Carlos Grijó; André Carvalho; Luís Flores; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: O pectus excavatum (PEX) é a malformação congénita mais comum da parede torácica, na maioria dos casos é idiopática. Doentes com PEX podem ser encaminhados para avaliação por ecocardiografia por apresentarem queixas como intolerância ao exercício, dispneia, palpitações ou dor torácica. A ecocardiografia pode revelar alterações estruturais e funcionais do ventrículo direito. Outras alterações ecocardiográficas associadas ao PEX incluem prolapso das válvulas mitral e/ou tricúspide e derrame pericárdico.

Caso clínico: Mulher, 22 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciada para consulta de Medicina Interna por derrame pericárdico de pequeno volume (10 mm) diagnosticado em ecocardiograma transtorácico, pedido pelo médico assistente, por dispneia para esforços, associada a aperto retroesternal. Ao exame Objetivo sem alterações de relevo. Do estudo efetuado, autoimunidade (ANA, anti-CCP, FR...) negativa, função tiroideia normal, eletroforese sem alterações, HIV, CMV, hepatites, sífilis, EBV e borrelia negativos. Teste IGRA e tuberculina negativos. A tomografia torácica confirmou derrame pericárdico adjacente ao ápice cardíaco, com 34 mm de espessura máxima e pectus excavatum moderado, sem outras alterações. Alguns meses depois, repetiu ecocardiograma que revelou função sistólica biventricular globalmente conservada e discreta lâmina de derrame pericárdico, sem sinais de compromisso hemodinâmico e está atualmente assintomática.

Discussão: Perante uma mulher jovem com derrame pericárdico, a abordagem diagnóstica inicial tende a privilegiar etiologias autoimunes ou infecciosas. Contudo, algumas etiologias idiopáticas poderão estar associadas a deformidades da parede torácica como o pectus excavatum, que têm sido associadas a uma maior probabilidade de desenvolvimento de derrame

pericárdico. A maioria destes derrames têm um bom prognóstico, não necessitando de intervenções dirigidas ao derrame pericárdico.

POA 17

ABCESSO CEREBELAR POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS: DA FLORA COMENSAL AO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Ana Maria Rito¹; Tiago Jorge Costa²; Mariana Guerra²; Sara Leitão²; Arsénio Santos²

¹Instituto Português de Oncologia Coimbra; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Os abscessos cerebrais, embora raros, são uma causa significativa de morbimortalidade, estando o cerebelo envolvido em apenas 4% dos casos. As infeções otorrinolaringológicas são o fator causal em 40% dos doentes, porém, estudos de base populacional demonstraram associação com procedimentos invasivos nos 6 meses prévios, destacando-se a broncofibroscopia. O *Streptococcus intermedius* é um comensal da cavidade oral com elevado tropismo tecidual e capacidade supratativa, frequentemente implicado nestas lesões.

Mulher de 48 anos, antecedentes de enxaqueca com aura medicada com Topiramato, admitida por cefaleia occipital esquerda com 4 dias de evolução, refratária à terapêutica habitual. Apresentava fotofobia, náusea, vertigem rotacional e instabilidade da marcha, compatíveis com síndrome vestibular central com atingimento cerebeloso. A TC-CE mostrou lesão infiltrativa no hemisfério cerebelar esquerdo, sugestiva de neoplasia. Apurou-se história de infeções respiratórias de repetição e realização de broncofibroscopia 20 dias antes do início do quadro, sem outros dados de relevo.

No 1º dia, por agravamento neurológico, realizou RMN-CE que identificou lesão hemisférica cerebelar esquerda com realce periférico e edema vasogénico exuberante, compatível com abscesso. Foi submetida a craniotomia suboccipital com drenagem e iniciou antibioterapia com Ceftriaxone, Vancomicina, Metronidazol e corticoterapia. Após isolamento de *S. intermedius* foi suspensa Vancomicina, mantendo o restante esquema durante 8 semanas, com evolução favorável, sem défices neurológicos e resolução imagiológica.

Apesar da baixa incidência, os abscessos cerebrais devem ser considerados no diagnóstico diferencial de alterações neurológicas de novo, sobretudo em doentes submetidos a procedimentos invasivos recentes. A integração de sinais e sintomas, achados imagiológicos e resultados microbiológicos permitem um diagnóstico e tratamento dirigido mais precoces, cruciais na prevenção de sequelas neurológicas graves.

POA 18

ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carla Costa; Julián Rodríguez; Beatriz Gonzaga;
Marta Pinto Almeida; João Leão Lopes; Nina Jancar
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A encefalopatia hipertensiva é uma entidade rara, resultante da disfunção da barreira hematoencefálica em resposta a elevações abruptas da pressão arterial. A sua apresentação clínica pode ser variável, sendo um diagnóstico de exclusão. Este caso sublinha a importância do diagnóstico diferencial em doentes hipertensos com sintomas neurológicos súbitos e sinais focais.

Caso clínico: Mulher, 77 anos. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, linfoma de Hodgkin em remissão e poliomielite, admitida por cefaleia súbita intensa, afasia e agitação psicomotora. À observação apresentava crise hipertensiva, GCS 12, desvio oculocéfalo para a esquerda, reflexo de ameaça abolido à direita e discurso perseverante. Angio TC-CE e RM-CE não evidenciaram lesões agudas sugestivas de hemorragia subaracnoideia, síndrome de encefalopatia posterior reversível ou acidente vascular cerebral isquémico. Identificaram-se sinais de doença aterosclerótica intracraniana extensa. O líquido cefalorraquidiano revelou proteinorraquia, sem pleocitose ou agentes infecciosos. EEG demonstrou disfunção encefálica frontal e temporal, predominantemente esquerda. A fundoscopia excluiu retinopatia hipertensiva. Considerou-se síndrome de vasoconstricção cerebral reversível mas não se cumpriram critérios diagnósticos. Com o controlo tensional, verificou-se resolução do quadro, assumindo-se encefalopatia hipertensiva como diagnóstico mais provável.

Discussão: A encefalopatia hipertensiva apresenta variabilidade clínica e deve ser considerada um diagnóstico de exclusão. O início súbito com cefaleia intensa e sinais focais é atípico e pode mimetizar outras patologias. Este caso reforça a necessidade de um diagnóstico diferencial abrangente em doentes hipertensos com manifestações neurológicas agudas, recordando que múltiplas etiologias devem ser excluídas antes da confirmação deste diagnóstico.

POA 19

NEURITE ÓPTICA RECORRENTE NO JOVEM: QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO É ESCLEROSE MÚLTIPLA – UM CASO DE MOGAD

Andreia Meseiro; Bruna Barbosa; Ana Ruivo; Inês Bonito;
Mónica Henriques Correia; João Paulo Caixinha;
Rosário Ginga; Martinho Fernandes
Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A doença associada ao anticorpo contra a glicoproteína da mielina do oligodendrócito (MOGAD) é uma entidade desmielinizante inflamatória do sistema

nervoso central recentemente reconhecida, distinta da esclerose múltipla e do espectro da neuromielite óptica. Caracteriza-se frequentemente por neurite óptica recorrente e pode apresentar achados clínicos e imagiológicos sobreponíveis a outras doenças desmielinizantes, constituindo um importante desafio diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 20 anos, com antecedentes de neurite óptica direita aos 15 anos com recuperação parcial da acuidade visual, asma e hábitos tabágicos. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia temporal esquerda, persistente, de agravamento progressivo, com três dias de evolução, associada a dor periocular agravada pelos movimentos oculares e diminuição progressiva da acuidade visual do olho esquerdo. Ao exame Objetivo apresentava diminuição da acuidade visual bilateral, mais marcada à esquerda, discromatopsia e edema do disco óptico esquerdo. Realizou TAC das órbitas que não apresentava alterações. A ressonância magnética evidenciou áreas hiperintensas em T2/FLAIR no tronco cerebral e alterações compatíveis com neurite óptica esquerda. A punção lombar revelou pleocitose ligeira, sem bandas oligoclonais. Perante a suspeita de doença desmielinizante inflamatória iniciou pulso de metilprednisolona endovenosa durante cinco dias, verificando-se melhoria clínica progressiva. O estudo etiológico subsequente demonstrou positividade para anticorpos anti-MOG, confirmando o diagnóstico de MOGAD.

Discussão: A MOGAD deve ser considerada em doentes jovens com neurite óptica, particularmente aquando da recorrência, envolvimento anterior do nervo óptico e ausência de bandas oligoclonais no LCR. O reconhecimento desta entidade tem implicações diagnósticas, prognósticas e terapêuticas relevantes, permitindo distinguir esta condição de esclerose múltipla e neuromielite óptica e orientar estratégias de tratamento e seguimento adequadas.

Conclusão: Este caso reforça a importância de considerar MOGAD em adultos jovens com neurite óptica recorrente, sendo o estudo imunológico específico fundamental para o correto diagnóstico e orientação terapêutica.

POA 20

NECK TWIST, BRAIN RISK – UM CASO DE DISSEÇÃO VERTEBRAL APÓS MANIPULAÇÃO CERVICAL

Filipa Ribeiro Trigo; Carla Maria F Maravilha;
Teresa Medeiros

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A disseção arterial cervical, apesar de incomum, representa uma etiologia importante de acidente vascular cerebral (AVC) principalmente em idade jovem. Apesar de poder ocorrer espontaneamente, encontra-se descrita a associação com trauma *minor*, nomeadamente a manipulação cervical quiroprática.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 38 anos,

avaliada no serviço de urgência por cefaleia refratária a analgesia, 3 dias após manipulação cervical quiroprática. Teve alta com controlo sintomático, sem avaliação imagiológica. Por persistência da cefaleia, vômitos e desconjugação ocular *de novo*, foi novamente admitida no serviço de urgência. Evoluiu com afundamento do estado de consciência, incontinência de esfíncteres e desvio conjugado do olhar, com NIHSS 30. Realizou TC e angio-TC cerebral com enfarte agudo têmporo-occipital e parietal à direita e cortical no hemisfério cerebeloso esquerdo, com oclusão parcial das artérias basilar e vertebral esquerda. Iniciou antiagregação plaquetária e foi submetida a trombectomia com documentação de aneurisma dissecante da artéria vertebral esquerda. Foi admitida no serviço de Medicina Intensiva, tendo evoluído com reoclusão do local da disseção com reembolização para o topo da artéria basilar, pelo que foi novamente submetida a trombectomia e assumida falência de antiagregação. Iniciou hipocoagulação e realizou RMN-CE que confirmou a presença de múltiplas lesões isquémicas em território vertebrobasilar. Evoluiu com melhoria neurológica progressiva a possibilitar transferência para a unidade de AVC e transição para anticoagulação oral. À data de alta, com NIHSS 4 (disartria ligeira, défice bilateral da adução que vence, ataxia).

Discussão: Este caso pretende alertar para a relevância de um índice de suspeição elevada de AVC na presença de fatores de risco incomuns, sublinhando a importância da avaliação neurológica e imagiológica para uma gestão e tratamento atempados de forma a mitigar os défices neurológicos resultantes.

POA 21

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NÃO CONTROLADA

Margarida Paraíso; Ana Luísa Rodrigues; Catarina Araújo; Rosa Coelho; Inês Sá Pereira; Verónica Cabreira; Mariana Pintalhão; Luísa Fonseca

CH Sao Joao - S Joao

A Trombose Venosa Cerebral (TVC) é uma forma rara de Acidente Vascular Cerebral (AVC), 0.5 a 1% de todos os AVC, mais frequente em jovens, sem fatores de risco cardiovasculares. Entre os triggers associados, destacam-se estados pró-trombóticos como gravidez/puerpério, trombofilias e doenças inflamatórias sistêmicas, sobretudo quando não controladas.

Caso clínico: Mulher de 24 anos recorreu ao serviço de urgência por cefaleia holocraneana com cerca de 4 meses de evolução, agravamento progressivo, sem resposta a analgesia desde há 2 semanas e instalação de défice visual à direita acompanhado de vômitos no dia anterior. Antecedentes de Colite Ulcerosa (CU) diagnóstico há 6 meses, medicada com messalazina (fazia de forma irregular), mantendo retorragias

frequentes (4-5/dia). Exame Objetivo palidez de pele e mucosas, sem outras alterações; exame neurológico quadrantanópsia inferior direita. Analiticamente anemia ferropénica [Hemoglobina 6.3 g/dL]. Realizou Tomografia Computorizada (TC) de crânio que revelou lesão hipodensa parietal postero-superior à esquerda; Ressonância Magnética Cerebral que identificou áreas de edema vasogénico corticossubcorticais parietal superior parassagital à esquerda e temporal lateral à direita, associadas a trombose de veias corticais; rectossigmoidoscopia que confirmou Colite Ulcerosa Mayo subscore 3. Realizou transfusão de concentrados eritrocitários, iniciou terapêutica com hidrocortisona e hipocoagulação.

Do estudo realizado estudo protrombótico e auto-imunidade negativos; biópsias do cólon com lesões inflamatórias crónicas acentuadas, com sinais de atividade e pesquisa de DNA de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* positiva, tendo realizado terapêutica com ceftriaxone. TC cervico-toraco-abdomino-pélvico sem alterações de relevo.

Boa evolução clínica e analítica, sem novas perdas hemáticas. Alta medicada com dabigatrano, messalazina e corticoterapia (em desmame).

Conclusão: A TVC é uma manifestação rara, porém grave, da CU. No entanto, o correto diagnóstico e rápido início de terapêutica adequada permitiram evolução favorável.

POA 22

PERCHERON: RÉDEA CURTA NO TÁLAMO

Luis Couto¹; Catarina Bernardes²; Cristina Silva¹; Maria Glória Alves¹

¹medicina - Chaa - Hospital Senhora Da Oliveira - Guimarães; ²Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: A artéria de Percheron (AP) é uma variante neuroanatômica pouco frequente em que um único tronco arterial, com origem no segmento P1 de uma das artérias cerebrais posteriores, providencia a irrigação de ambos os tálamos paramedianos e do mesencéfalo rostral. Uma oclusão deste vaso pode resultar num enfarte isquémico bitalâmico bilateral e é frequentemente catastrófica, devido à interrupção do sistema ativador reticular ascendente. O recurso à ressonância magnética (RMN) na janela hiperaguda é vital, já que a TC convencional apresenta uma sensibilidade inferior a 30% para deteção de isquemia talâmica.

Caso clínico: Homem de 72 anos, autónomo, com antecedentes de HTA, dislipidemia, obesidade e SAOS sob cumprimento de CPAP. Admitido em Serviço de Urgência (SU) 1h30 após início de quadro de cefaleia intensa seguida de síncope. Em SU apresentava um *Glasgow Coma Scale* de 5 (O1, V2, M2) e pupilas mióticas (1 mm) não reativas, exigindo intubação endotraqueal. A TC cerebral com Angio-TC não revelou alterações, tal como estudo analítico inicial realizado. Após negativi-

dade dos testes de reversão com naloxona e flumazenil e normalidade de contagem de células/ bioquímica de líquido cefalorraquidiano, realizou-se RMN. As seqüências de difusão revelaram restrição bitalâmica paramediana bilateral e simétrica (sinal da “borboleta”), compatível com enfarte agudo no território da artéria de Percheron. O doente iniciou fibrinólise endovenosa com alteplase 4h30m após o início dos sintomas.

Apresentou uma recuperação neurológica dramática: foi extubado nas primeiras 24h e recuperou todos os défices neurológicos apresentados.

O ecocardiograma revelou dilatação severa da aurícula esquerda e hipertrofia ventricular esquerda concêntrica moderada. A telemetria cardíaca hospitalar não identificou eventos arritmicos.

Teve alta sob antiagregação simples após colocação de registador de eventos cardíacos.

Discussão: O enfarte da artéria de Percheron deve ser considerado no diagnóstico diferencial de qualquer doente com coma súbito e exames de imagem convencionais negativos. A decisão de realizar fibrinólise baseada na RM DWI-FLAIR *mismatch* é apoiada pelas recomendações mais recentes para janelas alargadas. A recuperação total neste doente sublinha a importância da preservação da integridade bitalâmica.

POA 23

PERDA SÚBITA DE VISÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM SINAL DE ALERTA PARA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Luísa Da Costa Mendonça; Marcelo Aveiro;
Roberto Mendes Franco; Hugo Dória; Teresa Faria;
Leonor Nascimento

Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A nevrite ótica é uma causa frequente de perda visual súbita em adultos jovens e pode ser a primeira manifestação de esclerose múltipla (EM). O reconhecimento precoce no serviço de urgência (SU) é fundamental para o diagnóstico atempado e início de tratamento. Nos critérios de McDonald revistos em 2024, o nervo ótico passa a contar como 5ª localização anatômica para demonstrar disseminação no espaço, reforçando a importância do reconhecimento precoce.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 46 anos, previamente saudável, recorre ao SU por perda súbita de visão no olho direito desde o dia anterior, associada a náuseas e com dor à mobilização ocular iniciada 2 horas antes. Ao exame neurológico apresentava déficit no quadrante inferior direito na perimetria de confrontação, hipostesia no território do nervo trigémio direito e ligeira diminuição de força no membro superior direito. Estudo analítico, tomografia (TC) crânio-encefálica e angio-TC sem alterações. Observada por Oftalmologia (ligeiro defeito aferente no olho direito) e Neurologia. A ressonância magnética (RM) cerebral do dia seguinte revelou hipersinal T2/FLAIR/STIR no nervo ótico direito com realce pós-contraste, compatível com nevrite óti-

ca, e lesões típicas em substância branca subcortical/ periventricular, permitindo disseminação no espaço, sustentando o diagnóstico de EM no enquadramento atual. Iniciou metilprednisolona 1 g EV em hospital de dia durante 2 dias, com recuperação completa dos sintomas. O LCR tinha bandas oligoclonais negativas; anticorpos anti-AQP4 e anti-MOG negativos.

Conclusão: O caso sublinha que nevrite ótica com sinais neurológicos focais deve motivar investigação dirigida com resultados favoráveis se o diagnóstico correto for encontrado de forma atempada. Além da clínica, a RM permanece central e a inclusão do nervo ótico como localização diagnóstica pode acelerar a confirmação de EM, mantendo a necessidade de excluir diagnósticos alternativos e de integrar os achados clínicos, imagiológicos e laboratoriais.

POA 24

QUANDO SUSPEITAR DE MIOPATIAS HEREDITÁRIAS

Filipa Cunha; Alexandre Carvalho; Rita Gonçalves Pinto;
João Pinheiro; Vânia Gomes
ULS Braga

Introdução: As calpainopatias são miopatias hereditárias causadas por variantes no gene CAPN3, responsável pela produção da calpaína-3, uma proteína fundamental na reparação muscular. Podem ter transmissão autossômica recessiva ou, mais raramente, dominante, e manifestam-se com gravidade variável, desde elevação sérica isolada da creatina quinase (CK) até fraqueza muscular progressiva, sobretudo dos músculos das cinturas pélvica e escapular.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 49 anos, autônoma, com excesso de peso como único antecedente relevante. Referenciada à consulta de doenças autoimunes em 2022 por valores séricos persistentemente elevados de CK. Tinha história de toma de medicação para perda de peso entre 2020 e janeiro de 2022, que entretanto tinha suspenso, mantendo valores elevados. Ao longo do seguimento manteve bom estado geral e ausência de sintomas sugestivos de miopatia, sem mialgias relevantes, intolerância ao esforço, disfagia, rash ou fraqueza proximal. Analiticamente apresentou CK persistentemente elevada e flutuante, com elevação ocasional de mioglobina, aldolase e transaminases, sem mioglobinúria. O estudo etiológico foi negativo para causas autoimunes, infecciosas e endócrinas. Eletromiografia, ressonância e biópsia musculares foram normais. Realizado estudo genético, onde se identificaram variantes em heterozigotia nos genes CAPN3 e CAV3, sem valor conclusivo isolado. Assim, concluiu-se tratar-se de rabdomiólise bioquímica intermitente, sem evidência de miopatia inflamatória, mantendo-se como hipótese principal uma miopatia hereditária.

Conclusão: A ausência de sinais clínicos de miopatia inflamatória e a exclusão de causas autoimunes, in-

fecciosas, endócrinas e metabólicas, devem levantar a hipótese de miopatia hereditária. Neste caso, a identificação de variantes em heterozigotia nos dois genes, embora não conclusiva isoladamente, reforça a importância do estudo genético e da correlação clínico-familiar nestes doentes.

POA 25

CRISE DE COPROPORFIRIA HEREDITÁRIA APÓS BYPASS GÁSTRICO: UM DIAGNÓSTICO INAUGURAL INESPERADO

Daniela Mira¹; Pedro Dias Lopes¹; Ana Saraiva¹; André Abreu¹; Bernardo Belchior¹; Joana C. Ramos¹; Eulália Costa¹; Filipa Ferreira²; Jandira Lima¹; Patrícia Afonso-Mendes¹; Sónia Moreira¹; Arsénio Santos¹

¹Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; ²Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)

Introdução: As porfírias agudas (PA) são doenças metabólicas raras, resultantes de défices enzimáticos na biossíntese do heme. A coproporfiria hereditária (CH) manifesta-se por crises neuroviscerais graves e lesões cutâneas precipitadas por fatores indutores, como fármacos ou balanços energéticos negativos. O diagnóstico é tardio devido ao mimetismo clínico e à raridade da patologia. A relevância do caso reside no reconhecimento de que a tríade de hiponatremia, alucinações e neuropatia transcendia a etiologia cirúrgica óbvia da dor abdominal, permitindo o diagnóstico inaugural de CH.

Caso clínico: Mulher, 48 anos, com antecedentes de obesidade grau 2, dislipidemia e hipertensão. Recorreu ao Serviço de Urgência 15 dias após cirurgia bariátrica (Bypass Gástrico) por dor abdominal e lombar persistente, tendo ficado internada em Enfermaria de Cirurgia Geral. Encontrava-se sob restrição calórica, dieta líquida e metamizol magnésio para controlo algico. Durante o internamento, apresentou hiponatremia grave (interpretada inicialmente como síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética pós-operatória), alucinações visuais e fraqueza muscular. A combinação de sintomas sugeriu o diagnóstico de PA, com teste de *Hoesch* positivo e confirmado pelo doseamento de porfobilinogénio (20 vezes superior ao limite superior da normalidade). Posteriormente, foi realizado diagnóstico final de CH. Apesar da suspensão de fármacos porfirinogénicos e do aporte de glicose endovenosa, verificou-se agravamento para tetraparésia e disfunção bulbar, motivando tratamento com hemina. Identificaram-se como gatilhos a cirurgia, a restrição calórica e a exposição ao metamizol. A terapêutica dirigida resultou em franca melhoria clínica e analítica.

Discussão: Este caso ilustra o desafio do diagnóstico inaugural de CH, onde a dor abdominal pode ser erradamente atribuída apenas à cirurgia. A valorização da hiponatremia e de sintomas neurológicos, perante o uso de fármacos porfirinogénicos e restrição calórica, foi determinante para o diagnóstico. Este caso realça que, o

raro nem sempre é improvável.

POA 26

ELEVAÇÃO DA FOSFATASE ALCALINA – BENIGNO OU MALIGNO?

Bárbara Barreto Laczkovits; Helena Estevão Pereira; Luísa Veiga De Sousa; Ricardo Jorge Sousa; Sandra Mendes
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A fosfatase alcalina (FA) é uma enzima muitas vezes doseada na prática clínica, cujas elevações podem ter múltiplas etiologias, variando de fisiológicas a neoplásicas. Mulher de 51 anos, fumadora ativa, é enviada à consulta de Medicina Interna por elevação de FA na ordem dos 300 UI/L. A anamnese revelou hipersudorese noturna, sem outros sintomas B, e o exame Objetivo não revelou alterações. Analiticamente, a destacar apenas hipervitaminose B12. Pedida tomografia de corpo que revelou adenomegalias inguinais à direita. Realizada biópsia excisional da adenomegalia inguinal, cujos achados foram sugestivos de Linfoma de Hodgkin clássico. No estadiamento detetada captação anormal em gânglios linfáticos das cadeias ilíaca externa direita e inguinais, bilateralmente. Iniciou protocolo ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina, Dacarbazina) com remissão completa da doença. Durante este processo, manteve doseamentos de FA flutuantes com valores a variar entre 170 e 700 UI/L, independentemente da evolução da doença hematológica. Optado por dosear isoenzimas da FA, com isoenzima intestinal elevada (55%), que é maioritariamente um achado benigno. A doente mantém seguimento na Hematologia, até à data sem recidiva da doença hematológica ou outras manifestações clínicas.

Serve o presente caso para demonstrar que, por um lado, quando confrontados com resultados analíticos anómalos, é de extrema importância a história clínica detalhada para a melhor orientação diagnóstica. Recordamos também que existem alterações analíticas variantes do normal, não necessariamente subjacentes a um processo patológico.

POA 27

ALÉM DO PESCOÇO: CARCINOMA DA TIRÓIDE COM APRESENTAÇÃO METASTÁTICA INCOMUM

Arminda Maia; Guilherme Rui Pereira; Carla Queirós da Silva; Maria Almeida Pinto; Maria Margarida Robalo; Carla Maravilha; Sofia Esperança
ULS Braga

Introdução: O carcinoma da tiróide apresenta geralmente um curso indolente, com baixa propensão para metastização à distância. A metastização hepática é particularmente rara (prevalência estimada de 0,22%). Contudo, a presença de mutações específicas pode conferir um fenótipo de elevada agressividade e desdiferenciação tumoral, alterando drasticamente o prognóstico e a apresentação clínica inicial.

Caso clínico: Homem de 71 anos, autônomo. Admitido por cervicalgia com um mês de evolução, disfagia, perda ponderal e sudorese noturna. Ao exame Objetivo, déficit motor e parestesias do membro superior direito (MSD). A investigação por TC revelou lesões líticas da coluna cervical, fratura de C7, lesão pulmonar com 40mm e hepática com 38mm, de caráter suspeito. Realizou PET-CT com 18F-FDG que mostrou hiper captação multifocal: lobo tireoideu direito, gânglio supraclavicular direito, região broncoilar direita, segmento VIII hepático, corpo de C7 e cabeça umeral direita. Analiticamente, função tireoideia normal, mas Tiroglobulina >50000ng/mL. A biópsia da lesão hepática revelou metástase de carcinoma da tireoide e mutação do gene TP53. Por compressão radicular, realizou radioterapia paliativa, com melhora sintomática. Orientado para Cirurgia Geral - por deterioração marcada do estado geral e estadiado avançado da doença, optou-se por reestadiamento para potencial início de terapêutica dirigida.

Discussão: Este caso ilustra uma forma de apresentação inaugural excepcionalmente agressiva, com envolvimento simultâneo multifocal. A preservação da função tireoideia não exclui malignidade, sendo a Tiroglobulina e o PET-CT ferramentas cruciais no diagnóstico de doença metastática oculta. A detecção da mutação TP53 é um marcador de mau prognóstico, frequentemente associado a resistência terapêutica. O caso reforça a necessidade de um diagnóstico etiológico célere perante lesões líticas, sublinhando o carcinoma da tireoide como diagnóstico diferencial de neoplasias de comportamento fulminante.

POA 28

HIPOGLICEMIA PÓS-PRANDIAL PÓS-BYPASS GÁSTRICO: DUMPING TARDIO REFRACTÁRIO

Gabriela Silva; Jorge Pinheiro; Rute Rita Gonçalves; Beatriz Brito Almeida; Telmo Coelho

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Introdução: A hipoglicemia pós-prandial é uma complicação reconhecida pós-bypass gástrico. Resultante do hiperinsulinismo reativo mediado pela absorção rápida de hidratos de carbono e aumento da secreção de incretinas, pode evoluir para perda de percepção sintomática, aumentando o risco de eventos severos. Descreve-se caso refratário às medidas convencionais.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, submetida a bypass gástrico em fevereiro/2024, referenciada por hipoglicemias pós-prandiais desde novembro/2024. Sem fármacos hipoglicemiantes. Do estudo realizado destacamos: Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética nuclear (RMN) pancreáticas sem lesões focais. Função hepática, renal e tireoideia normais; sem défices nutricionais; anticorpos anti-ilhéus pancreáticos negativos. Insulina 6,8 µU/mL e peptídeo C 1,48 ng/mL. Prova de tolerância oral à glicose: 0h 80 mg/dL e 2h 62 mg/dL. Monitorização contínua com ~45 episódios/mês <70

mg/dL, com predomínio 2 horas pós-prandial, incluindo pós-jantar e sono subsequente. A ocorrência exclusiva no período pós-prandial, associada a TC e RMN sem evidência de lesões e a valores normais de insulina e peptídeo C, tornou improvável a hipótese de insulinoma, assumindo-se diagnóstico de dumping tardio. Iniciadas medidas dietéticas e acarbose, sem controlo adequado, com perda de sintomas neurovegetativos. Perante refratariedade, iniciou-se octreotido longa ação 20mg subcutâneo mensal *off-label*.

Discussão: O caso evidencia que o dumping tardio pode ser refratário a medidas convencionais e evoluir com perda de percepção sintomática, aumentando o risco de eventos severos. O octreotido reduz a hiperinsulinemia pós-prandial e melhora os valores mínimos de glicemia, com perfil de segurança favorável. A hipoglicemia pós-prandial pós-bypass exige, portanto, avaliação criteriosa, abordagem multifatorial e monitorização contínua da evolução clínica e funcional do doente.

POA 29

DA CETOACIDOSE DIABÉTICA AO DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE NEOPLASIA PANCREÁTICA

Inês Domingues; Cláudia Nunes; Patrícia Santos; Vanda Spencer
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: O adenocarcinoma pancreático apresenta-se frequentemente de forma inespecífica e em estágio avançado. Embora a hiperglicemia e a diabetes de novo sejam comuns, a cetoacidose diabética (CAD) como manifestação inaugural é rara. Perante descompensação metabólica grave inexplicada, deve considerar-se etiologia pancreática estrutural, podendo permitir diagnóstico mais precoce.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada, hipertensão arterial e dislipidemia, admitida por alteração do estado de consciência. À observação encontrava-se desidratada, taquicárdica e polipneica, sem hipoxemia. Apresentava glicemia capilar de 500 mg/dL e cetonemia elevada. Gasimetricamente com acidemia metabólica grave. Perante CAD grave, iniciou fluidoterapia e insulinoterapia endovenosa, com melhora clínica e metabólica progressiva. Analiticamente com HbA1c elevada, sem elevação de parâmetros inflamatórios. Por elevação marcada de transaminases e padrão citocolestático, realizou ecografia abdominal que identificou lesão nodular hipoeocogénica pancreática a condicionar dilatação do ducto pancreático principal. A ressonância magnética confirmou lesão sólida hipovascular sugestiva de adenocarcinoma pancreático, sem evidência de invasão vascular, com marcadores tumorais elevados. Foi referenciada a oncologia e cirurgia geral para intervenção urgente.

Discussão: A CAD como manifestação inaugural de adenocarcinoma pancreático é rara, mas clinicamente relevante. Este caso reforça a necessidade de investi-

gar causas estruturais pancreáticas perante descompensação metabólica grave inexplicada, sobretudo em diabéticos previamente não insulino-tratados. A identificação precoce de sinais atípicos pode permitir diagnóstico em estágio potencialmente ressecável, com impacto prognóstico significativo.

POA 30

DE “HEPATITE” À MIOPATIA METABÓLICA: UM CASO DE DOENÇA DE MCARDLE

André Abreu; Daniela Soares Santos; Helder Esperto; Arsénio Santos
ULS Coimbra - CHUC

Introdução: A doença de McArdle (glicogenose tipo V) é uma miopatia metabólica rara causada por deficiência da miofosforilase muscular, caracterizada por intolerância ao exercício e rabdomiólise. O diagnóstico é frequentemente tardio devido à inespecificidade dos sintomas e exame neurológico habitualmente normal. A elevação concomitante de transaminases pode conduzir a investigação hepatológica antes de ser reconhecida a sua origem muscular.

Caso clínico: Homem, 35 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna por elevação marcada da creatinoquinase (CK) (12 389U/L), associada a aumento de AST (158U/L) e ALT (150U/L). Referia história com mais de 20 anos de evolução de fadiga muscular desproporcionada ao esforço e episódios recorrentes de “urina escura” após atividade física. História de internamento aos 15 anos por suspeita de hepatite, sem etiologia definida. O estudo inicial, incluindo autoimunidade, serologias e ecografia abdominal, desfavorecia o diagnóstico de doença hepática. Analiticamente destacavam-se valores de CK de 16 102U/L, com mioglobina e aldolase elevadas, AST e ALT elevadas ($>3 \times \text{LSN}$) e GGT e fosfatase alcalina normais. Foram excluídas causas secundárias de rabdomiólise foi colocada a hipótese de miopatia metabólica. O estudo genético identificou uma mutação patogénica em homozigotia no gene PYGM(p.Arg94Trp), confirmando o diagnóstico de doença de McArdle.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade e atraso diagnóstico que ocorrem nas miopatias metabólicas, apesar da existência de sintomas e elevação persistente da CK. A elevação de transaminases foi erroneamente interpretada como de origem hepática, contribuindo em parte para o atraso diagnóstico. O reconhecimento de história de intolerância ao exercício, elevação significativa da CK e mioglobulinúria é fundamental para a suspeita de miopatia metabólica. O diagnóstico etiológico permite, quando disponível, tratamento específico. Permite ainda conhecer a história natural da miopatia e assim definir um prognóstico vital e funcional.

POA 31

SÍNDROME MARCHIAFAVA-BIGNAMI: CASO CLÍNICO

Anita Campos; Raquel Cruz; Joana Gonçalves; Joana Rigor
ULS Póvoa de Varzim e Vila do Conde

A síndrome de Marchiafava-Bignami é uma doença neurológica rara, associada ao consumo crónico de álcool e à desnutrição. Caracteriza-se por desmielinização e necrose do corpo caloso, podendo também envolver outras regiões da substância branca cerebral. A apresentação clínica é variável, incluindo alterações do estado de consciência, défices cognitivos, disartria, alterações da marcha e, em casos mais graves, convulsões ou coma. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica e em achados característicos na ressonância magnética cerebral, sendo o reconhecimento precoce fundamental para iniciar tratamento dirigido, que inclui suspensão do consumo alcoólico e correção de défices nutricionais.

Relata-se o caso de um homem com 52 anos, autónomo, com antecedentes de perturbação do uso do álcool com marcha instável com evolução de dois anos, que recorre ao Serviço de Urgência, por diminuição da força dos membros inferiores, impossibilitando a marcha, com evolução de 2 dias. Ao exame neurológico apresentava discurso confuso, desorientação no tempo e espaço, tremor cefálico, hipoestesia em padrão de luva e meia, ataxia axial e apendicular resultando em marcha de base alargada e equina. Analiticamente, apresentava hemoglobina 7.9 g/dl, volume globular médio 117 fl e ácido fólico 0,65 mg/dl. Realizou tomografia computadorizada craniana que mostrou hipodensidade do esplénio do corpo caloso e ressonância magnética que confirmou aumento do volume do esplénio do corpo caloso, confirmando a suspeita de Síndrome de Marchiafava-Bignami. O doente foi tratado com suplementação de vitaminas do complexo B, tiamina e ácido fólico e correção da desnutrição, com melhoria clínica progressiva.

Esta síndrome é desafiante a nível diagnóstico, por ser uma condição rara e por se assemelhar a encefalopatia de Wernicke. Na verdade, a principal diferença é a nível estrutural com as alterações observadas no corpo caloso, que quando instaladas são irreversíveis.

POA 32

O LABIRINTO DO CANSAÇO: QUANDO A DOENÇA DE MCARDLE SE ESCONDE NA INFÂNCIA

Beatriz Gamito Gonzaga; Beatriz Gamito Gonzaga; Marta P. de Almeida; Juliana Rochate; João Leão Lopes; Carla Costa; Jorge Gama Prazeres
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As miopatias metabólicas, como a Glicogenose tipo V (Doença de McArdle), são entidades raras, frequentemente subdiagnosticadas ou confundidas com patologia psicossomática. O atraso no diagnóstico, que pode estender-se por décadas, con-

diciona severamente o prognóstico e a qualidade de vida. Apresenta-se o caso de uma jovem em que a persistência na valorização de sinais objectivos permitiu encerrar um ciclo de 16 anos de incerteza diagnóstica. **Caso clínico:** Sexo feminino, 20 anos, estudante, sem antecedentes pessoais relevantes. Encaminhada à consulta de Medicina Interna por queixas de cansaço fácil, mialgias e intolerância ao esforço com agravamento térmico (calor) desde os 4 anos de idade. Ao longo de 16 anos, foi observada por múltiplos médicos de diversas especialidades, sem que fosse estabelecido um diagnóstico, sendo as queixas recorrentemente atribuídas a factores psicossociais ou falta de condição física. À observação na consulta refere episódios de urina escura após esforço (sugestivos de mioglobinúria) e o clássico fenómeno de “segundo fôlego”. Analiticamente com elevação persistente da creatina fosfoquinase (CK 927 U/L), com predomínio da fracção MM (916 U/L, restante Analiticamente a destacar elevação persistente de CK (máx 927 U/L) com restante estudo bioquímico, imunológico e de autoimunidade sem alterações significativas.

Perante a evidência de citólise muscular crónica e a história clínica de intolerância ao exercício desde a infância, foi solicitada biópsia muscular. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de Glicogenose tipo V (Doença de McArdle), pela ausência de actividade da fosforilase muscular.

Discussão: Este caso ilustra a importância fundamental da Medicina Interna na integração de sintomas e na valorização de dados objectivos, como a elevação da CK, que haviam sido negligenciados em avaliações prévias ao longo de mais de década e meia. A “peregrinação” por dezenas de especialistas realça a necessidade de um elevado índice de suspeição perante queixas musculares iniciadas na infância. O diagnóstico definitivo permite finalmente a implementação de estratégias de gestão de esforço e optimização metabólica, eliminando o estigma de uma doença “invisível” que comprometeu o desenvolvimento da doente

POA 33

DILI POR NITROFURANTOÍNA COM FENÓTIPO AUTOIMUNE-LIKE

Ana Cristina Peixoto; Bárbara Figueiredo Nunes; Joana Moreira De Magalhães; Jéssica Vieira; Maria Teresa Brito; Bruno Besteiro; Ana Ribeiro; Luís Nogueira Silva; Fernando Friões; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A nitrofurantoína pode causar lesão hepática (DILI) com fenótipo *autoimmune-like* (DI-ALH). Embora a sua suspensão seja primordial, formas graves imunomediadas podem não recuperar espontaneamente, mimetizando hepatite autoimune (HAI) primária.

Caso clínico: Mulher, 33 anos, com infeções urinárias recorrentes, sob nitrofurantoína (100mg/dia) há um

ano. Admitida por desconforto abdominal, náuseas e icterícia desde há 5 dias. Negava febre, álcool, viagens ou outros fármacos. À observação, hemodinamicamente estável, sem encefalopatia. Ictérica. Analiticamente, destacava-se padrão de lesão hepatocelular (R>5): ALT 2820 U/L, AST 1633 U/L, bilirrubina total 7,26 mg/dL (direta 5.1mg/dL) e INR 1,32. Excluiu-se patologia biliar e vascular por métodos de imagem. Doseamento de acetaminofeno negativo.

Internada por Hepatite Aguda, suspeita de DILI secundária a nitrofurantoína (escala RUCAM 7; Lei de Hy positiva; DILIN grau 3). Iniciou N-acetilcisteína.

O estudo etiológico excluiu causas infecciosas (hepatites víricas A,B,C,E, citomegalovírus, epstein-barr, herpes simplex, vírus da imunodeficiência humana, sífilis, leptospirose e rickettsioses) e metabólicas (hemocromatose, doença de Wilson e défice de alfa-1 antitripsina). O estudo autoimune mostrou anticorpos antinucleares (ANA) positivos (1:160), restante painel (anticorpos microssomais fígado-rim (anti-LKM), anticorpos antimitocondriais (AMA), anticorpos antímúsculo liso (ASMA)) negativo e ausência de hipergamaglobulinemia.

Apesar da suspensão do fármaco, manteve aminotransferases >1500 U/L e coagulopatia (INR 1,6). A biópsia hepática mostrou necrose (60% da amostra), infiltrado inflamatório portal e lobular com eosinófilos e hepatite de interface, sem fibrose. Iniciou prednisolona (1mg/kg/dia) com redução de aminotransferases em 50% em 24h. Fez redução gradual, sem recidiva bioquímica e foi orientada para consulta de Medicina Interna.

Conclusão: Este caso ilustra uma DI-ALH que não recuperou após suspensão do fármaco. A ausência de fibrose, rápida resposta ao corticoide e ausência de recidiva suportam o diagnóstico de DI-ALH em detrimento de HAI primária. Reforça-se a necessidade de vigilância em doentes sob profilaxia com nitrofurantoína e de ponderar corticoterapia em casos graves sem melhoria espontânea.

POA 34

UM CASO DE DIARREIA FERROPÉNICA

Ana Catarina Camarneiro; Bebian De Sousa; Maria Miguel Silva Santos; Rita Reis Correia; Inês B. Mesquita; Rosário Santos Silva
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A ferropenia associada a anemia e trombocitose em mulheres em idade fértil é frequentemente atribuída a perdas ginecológicas, o que subvaloriza outras etiologias, nomeadamente a doença inflamatória intestinal (DII). A prevalência pode atingir 45% mas a DII pode expor inicialmente anemia ferropénica antes de surgirem manifestações digestivas mais exuberantes, sendo um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 22 anos com história de hemorragia uterina anormal e com início recente de anticontraceptivo foi encaminhada por anemia ferropénica e

trombocitose. Referia diarreia crônica com um ano de evolução (4–5 dejeções líquidas/dia, com muco), dor abdominal tipo cólica com melhoria após dejeções, perda ponderal e episódio isolado de aftose oral. Analiticamente apresentava Hb 6g/dL, VGM 56fL, Ferritina 2 ng/mL, Saturação transferrina 1,3%, Ferro sérico 7 µg/dL, Plaquetas $>1300 \times 10^9/L$. Realizou 1500mg de carboximaltose férrica com boa resposta (Hb 12,1mg/dL; VGM 84fL, Sat transferrina 29% e Plaquetas $198 \times 10^9/L$)

Na investigação etiológica destacou-se calprotectina fecal elevada (256µg/g). A colonoscopia revelou eritema, edema e úlceras da mucosa, nos 5cm distais do íleon terminal, válvula ileocecal e o segmento justa-válvula extensamente ulcerados. O estudo histológico evidenciou moderado a intenso infiltrado inflamatório misto, com frequentes eosinófilos e focos de criptite, sem evidência de abscessos ou granulomas.

A enterorressonância magnética confirmou doença de Crohn localizada. Iniciou terapêutica biológica com Adalimumab.

Conclusão: A anemia ferropénica pode constituir uma manifestação da DII podendo preceder o diagnóstico, sobretudo em formas localizadas no intestino delgado. A persistência de anemia associada a sintomas digestivos crónicos deve motivar investigação etiológica dirigida para permitir o diagnóstico e o tratamento precoces

POA 35

PANCREATITE CRÓNICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA DISPEPSIA E DIARREIA REFRACTÁRIA

Francisco Piçarra; Ana Maria Teodoro; Bárbara Gaspar; Ana Raquel Frade; Catarina Santos; Tiago Judas

Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A pancreatite crónica (PC) é uma doença fibroinflamatória progressiva e irreversível do pâncreas. O seu diagnóstico é frequentemente desafiante, uma vez que as manifestações radiológicas podem ser tardias, e os sintomas iniciais, como dor abdominal, dispepsia e má absorção, são comuns a diversas patologias gastrointestinais funcionais e orgânicas.

Caso clínico: Doente de 51 anos, sexo feminino, ex-fumadora. Apresentava um quadro de desconforto epigástrico pós-prandial, náuseas, eructações frequentes e fezes de consistência mole e coloração amarelada. O estudo inicial revelou apenas gastrite por *H. pylori*, mas a erradicação da bactéria não resultou em melhoria clínica. Pela persistência da esteatorreia e plenitude abdominal, prosseguiu-se a investigação. A TC abdominal identificou uma calcificação grosseira na cabeça do pâncreas. A ecoendoscopia confirmou a presença de quatro grupos de calcificações parenquimatosas (3-7 mm) na cabeça do pâncreas, estabelecendo o diagnóstico de PC. A investigação etiológica, nomeadamente de causas metabólicas, auto-imunes (doença IgG4) e genéticas, foram inocentes. A doente iniciou te-

rapêutica de substituição enzimática pancreática (SEP) com pancreatina, obtendo remissão completa da esteatorreia e das queixas dispépticas. Durante o seguimento, foi também diagnosticada osteopenia, tendo iniciado suplementação com cálcio e vitamina D.

Discussão: Este caso sublinha a importância de considerar a PC perante quadros de dispepsia e diarreia crónica. A insuficiência pancreática exócrina (IPE) resulta na má absorção de gorduras, manifestando-se como esteatorreia quando a função acinar está significativamente comprometida. A dor e o desconforto abdominal são sintomas prevalentes que impactam severamente a qualidade de vida. Perante a suspeita clínica, e quando a imagiologia convencional é inconclusiva, a ecoendoscopia é a modalidade mais sensível para o diagnóstico. O tratamento com SEP é o pilar fundamental para o controlo dos sintomas e prevenção de complicações nutricionais e metabólicas, como a doença óssea.

POA 36

SCHISTOSOMÍASE COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Margarida Filipe; Rita Vilar; Jéssica Oliveira; Constança Coutinho; Ana Catarina Garcia; Miguel Rodrigues Monteiro

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A schistosomíase é uma infeção parasitária que conta como a causa mais frequente de hipertensão portal não cirrótica (HPNC) a nível mundial, principalmente em países subdesenvolvidos. A infeção crónica pode levar a fibrose periportal, resultando em hipertensão portal e hiperesplenismo. Em países não endémicos, o diagnóstico pode ser desafiante, particularmente quando a apresentação inicial ocorre sob a forma de citopenias.

Caso clínico: Mulher, 30 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, natural de São Tomé e Príncipe, internada para estudo de pancitopenia no contexto de um aborto espontâneo. História de hemorragias vaginais abundantes e gengivorragias de longa data. Analiticamente, a destacar pancitopenia (hemoglobina 8,6 g/dL, leucócitos $1.200 \times 10^9/L$ e plaquetas $29 \times 10^9/L$), ferropenia, sem hemólise, e função hepática preservada. Estudo autoimune e infeccioso alargado foi negativo. Mielograma e biópsia medular revelaram alterações reativas compatíveis com hiperesplenismo. A ecografia abdominal revelou hepatopatia crónica e esplenomegalia maciça e a TC toraco-abdomino-pélvica documentou sinais de hipertensão portal, varizes portossistémicas exuberantes e trombose do ramo esquerdo da veia porta. O estudo endoscópico revelou pequenas varizes esofágicas. Estudos doppler seriados demonstraram aneurismas dos ramos intra-hepáticos e circulação colateral portossistémica, compatíveis com

hipertensão portal estabelecida. A pesquisa serológica para *Schistosoma* foi positiva, com confirmação laboratorial posterior. Cumpriu dois ciclos terapêuticos de Praziquantel (60 mg/kg). Mantém seguimento multidisciplinar, encontrando-se em avaliação a necessidade de esplenectomia por pancitopenia grave refratária.

Discussão: Ao contrário da cirrose hepática, a função hepática na Schistosomíase tende a manter-se preservada, sendo as principais manifestações clínicas decorrentes do hiperesplenismo e das complicações da hipertensão portal. Esta patologia deve ser considerada no diagnóstico diferencial de HPNC em doentes com história epidemiológica compatível. O reconhecimento precoce permite instituir terapêutica específica e orientar adequadamente a vigilância das complicações da hipertensão portal.

POA 37

HEPATITE C, DO ANTICORPO AO DIAGNÓSTICO: CURA ESPONTÂNEA COMO ACHADO ACIDENTAL

Cristina Miranda; Marta Reisinho Mesquita; André Sousa Vares; Rita Matos Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Maria João Palavras Hospital de Braga

A infecção pelo vírus da Hepatite C permanece uma causa relevante de doença hepática crónica a nível mundial, podendo evoluir desde formas assintomáticas até cirrose e Carcinoma Hepatocelular. A eliminação viral espontânea permanece subvalorizada na prática clínica, apesar do seu impacto na orientação diagnóstica e terapêutica. A persistência de anticorpos anti-VHC após a resolução da infecção pode dificultar a interpretação diagnóstica, sendo fundamental distinguir infecção ativa de resolvida.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, 66 anos, autónoma, com antecedentes de substituição valvular aórtica em 1979, referenciada a consulta de Medicina Interna por adenopatia axilar direita. A biópsia revelou linfadenite granulomatosa, desencadeando investigação etiológica.

Do estudo da granulomatose, a destacar positividade para Ac anti-VHC, previamente desconhecida. A doente negava fatores de risco atuais. Do restante estudo: provas de função hepática normais e ausência de citólise/colestase e RNA viral indetetável. A elastografia hepática evidenciou fibrose moderada (F2), sem esteatose. Foram excluídas outras causas de doenças hepáticas: virais, autoimunes, metabólicas e infiltrativas. Acontece que em 1979 ainda não estava implementado o rastreio universal do VHC. Assumiu-se, assim, infecção prévia por VHC associada a transfusão, com cura espontânea. O seguimento clínico e analítico manteve estabilidade laboratorial.

Estima-se que cerca de 15-40% dos indivíduos infectados eliminem espontaneamente o vírus, mantendo positividade serológica ao longo da vida. É importante a integração entre serologia, carga viral e avaliação da

fibrose hepática para correta estratificação.

Este caso ilustra como um achado incidental extra-hepático permitiu identificar infeção prévia. O reconhecimento desta entidade é fundamental para evitar diagnóstico incorreto de hepatite C crónica e orientar adequadamente o seguimento clínico, particularmente em indivíduos com fatores de risco históricos.

POA 38

NEUTROPENIA FEBRIL COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DO DÉFICE DE VITAMINA B12

Ana Margarida Morgado; Marques Cardoso; Pedro Reboredo; Joana Lopo; Sara Aleixo; Ignacio Moreno

ULS Algarve- Faro

Introdução: O défice de vitamina B12 está classicamente associado a anemia macrocítica megaloblástica. Contudo, pode apresentar-se de forma atípica, com citopenias isoladas ou pancitopenia, simulando patologia hematológica primária. A neutropenia febril como manifestação inicial é rara e pode atrasar o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 21 anos, previamente saudável, sem restrições alimentares e que realiza uma dieta mediterrânica, foi admitida no serviço de urgência por febre (38,7°C) e mal-estar com 48 horas de evolução. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrómica (Hb 9,8 g/dL; VGM 89 fL), leucopenia com neutropenia grave (600/ μ L), plaquetas normais e PCR elevada. Iniciou antibioterapia empírica por neutropenia febril. O estudo revelou LDH 5799 U/L e bilirrubina total 1,54 mg/dL, com um esfregaço de sangue periférico que mostrou poiquiloanisocitose e neutrófilos hipersegmentados. Identificou-se um défice de vitamina B12 (<150 pg/mL), com ácido fólico normal e reticulócitos baixos. As serologias infecciosas, hemoculturas e estudo imunológico sem alterações relevantes. Os anticorpos anti-células parietais resultaram positivos e os anti-fator intrínseco negativos. A endoscopia digestiva alta revelou sinais de gastrite atrófica. Iniciou terapêutica com cianocobalamina intramuscular, verificando-se recuperação progressiva da neutropenia, com normalização dos neutrófilos em duas semanas e melhoria dos restantes parâmetros hematológicos.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de défice de vitamina B12, manifestada por neutropenia febril e anemia normocítica, sem macrocitose. Achados como LDH marcadamente elevado, hiperbilirrubinemia ligeira e neutrófilos hipersegmentados no esfregaço periférico podem constituir pistas diagnósticas precoces de hematopoiese ineficaz. O reconhecimento desta entidade é fundamental para evitar exames invasivos desnecessários e permitir tratamento precoce, habitualmente com rápida reversão das alterações hematológicas. O doseamento de vitamina B12 deve ser considerado no estudo inicial de citopenias inexplicadas, mesmo na ausência de macrocitose.

POA 39

HEPATITE AUTOIMUNE COM APRESENTAÇÃO AGUDA: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Ana Catarina Pina Pereira; Maria Meneses Rebelo; Mafalda Leal; Luís Coelho; Carolina Paula; Sofia Salvo; Beatriz Barata; Elisabete Margarido; Madalena Lisboa
ULS São José

Introdução: A hepatite autoimune (HAI) consiste numa doença rara e inflamatória mais frequente em mulheres, associada a um quadro clínico maioritariamente insidioso, aumento das transaminases, fosfatase alcalina (FA) e gama glutamil transferase (GGT), hipergamaglobulinemia e presença de anticorpos antinucleares (ANA). O diagnóstico é confirmado com biópsia e o tratamento consiste em corticoterapia para indução de remissão e azatioprina para manutenção.

Caso clínico: Mulher, 47 anos, história médica de tireoidectomia total por doença de Graves sob levotiroxina, com anorexia, astenia, colúria, acolia e icterícia com uma semana de evolução, sem contexto tóxico-medicamentoso ou epidemiológico relevante. Analiticamente: bilirrubina total 11,76mg/dL, bilirrubina directa 8,58mg/dL, AST 1687U/L, ALT 2814U/L, GGT 96U/L, FA 138U/L, sem alterações da função hepática. Do estudo: permeabilidade vascular e exclusão de obstrução em tomografia computadorizada abdominopélvica; serologias hepáticas (vírus da hepatite A, hepatite B e hepatite C, citomegalovírus e vírus Epstein-Barr) negativas; ceruloplasmina e antitripsina normais; ANA positivo (1:320) e IgG aumentada (30,60g/L), restante autoimunidade negativa; biópsia hepática compatível com lesão hepatocelular com infiltrado inflamatório portal e lobular, áreas com hepatite de interface, necrose confluyente e balonização hepatocelular. Após o diagnóstico de HAI, iniciou corticoterapia, apresentando melhoria clínica e analítica, tendo tido alta para consulta de Hepatologia.

Discussão: A apresentação deste caso reforça a importância de considerar a hepatite autoimune no diagnóstico diferencial das alterações persistentes das enzimas hepáticas, assim como sensibilizar para a sua relevância clínica e diagnóstico precoce no sentido de evitar desfechos desfavoráveis.

POA 40

ENTRE O FÍGADO E O PULMÃO: UM SHUNT INVISÍVEL

Rute Gonçalves; Jorge Pinheiro; Gabriela Silva; Beatriz Almeida; Margarida Mesquita Montes
CHTMAD

Introdução: A síndrome hepatopulmonar caracteriza-se pela tríade de doença hepática crónica, alteração da oxigenação arterial e dilatações vasculares intrapulmonares com shunt direita-esquerda. A hipoxémia é frequentemente desproporcionada aos achados imagiológicos, exigindo abordagem diagnóstica sistemática.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, com doença hepática

crónica avançada de etiologia alcoólica, hipertensão portal, admitida por infeção respiratória nosocomial com insuficiência respiratória tipo 1. À admissão apresentava hipoxémia, com necessidade de oxigenoterapia em Ventimask até FiO₂ 50%. Cumpru 7 dias de piperacilina/tazobactam, com melhoria clínica e redução dos marcadores inflamatórios. A angioTC excluiu tromboembolismo pulmonar e a TC torácica revelou apenas discretas alterações reticulares subpleurais e áreas em vidro despolido, sem consolidações. Apesar da resolução infecciosa e da otimização volémica (incluindo ajuste diurético por insuficiência cardíaca descompensada intercorrente), manteve hipoxémia persistente e desproporcionada, com necessidade de 4L/min de oxigénio suplementar. As gasimetrias arteriais demonstraram: pO₂ em ar ambiente de 50 mmHg em ortostatismo e 56 mmHg em decúbito; pCO₂ normal-baixo; alcalose respiratória/metabólica mista; gradiente alvéolo-arterial (A-a) calculado de 54,7 mmHg. Este valor encontra-se significativamente aumentado para a idade, compatível com grave perturbação da oxigenação por mismatch V/Q ou shunt. Foi documentada ortodeóxia, com dessaturação para 82% em posição sentada, revertendo parcialmente em decúbito, reforçando a suspeita de shunt intrapulmonar funcional.

Perante estes achados colocou-se a hipótese de síndrome hepatopulmonar. A cintigrafia pulmonar com macroagregados de albumina demonstrou acumulação extrapulmonar do radiofármaco, confirmando a presença de shunts intrapulmonares direita-esquerda. A gravidade foi classificada como SHP severa (PaO₂ < 60 mmHg). **Discussão e conclusão:** Este caso destaca a importância da interpretação integrada da gasimetria arterial e da prova de ortodeóxia no diagnóstico de síndrome hepatopulmonar. Em doentes com doença hepática crónica e hipoxémia inexplicada, a suspeita deve ser precoce, permitindo adequada referenciação para avaliação especializada.

POA 41

UMA CAUSA EXCECIONAL DE PNEUMOPERICÁRDIO

Ingrid Mora; Jéssica Chaves; Luís Marote; Carolina Gonçalves; Rita De Almeida
SESARAM

Introdução: O pneumopericárdio é raro e habitualmente associado a trauma, infeção ou fístulas esofagopericárdicas. A sua ocorrência por perfuração tumoral gástrica é excecional e constitui um desafio diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico: Doente de 77 anos com disfagia progressiva e enfartamento precoce há três meses. Apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico, com saturação de 97% em ar ambiente. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdómen indolor e edema dos membros inferiores godet até ao joelho.

A teleradiografia de tórax sugeriu pneumopericárdio e derrame pleural. A tomografia torácica revelou massa esofágica com perfuração contida, hidropneumomediastino e derrame pleural. A TC abdominal mostrou trajeto fistuloso comunicando com o estômago, com espessamento parietal gástrico irregular. O ecocardiograma foi limitado pela presença de ar. A endoscopia digestiva alta identificou massa gástrica ulcerada, circunferencial, com áreas profundas de solução de continuidade.

Analiticamente: Hb 9,2 g/dL, GGT 263 U/L, LDH 2158 U/L, PCR 57,2 mg/L, NT-proBNP 5325 pg/mL.

O doente foi colocado em pausa alimentar, iniciando-se nutrição parentérica total e antibioterapia. A biópsia revelou linfoma difuso de grandes células B (CD20+, BCL6+, MUM1+, Ki-67 80%), estádio IV-B, Índice Prognóstico Internacional 4. Iniciou esquema Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona. Evoluiu com choque cardiogénico por tamponamento cardíaco, seguido de deterioração multiorgânica progressiva, culminando em óbito.

Discussão: Este caso representa uma apresentação rara e grave de linfoma gástrico com fistulização para o pericárdio e pneumopericárdio. A perfuração contida, a rápida deterioração sistémica e o tamponamento cardíaco após o início do tratamento refletem a agressividade da doença em estádio avançado. O reconhecimento precoce desta complicação é essencial, dada a elevada mortalidade associada.

Conclusão: O pneumopericárdio secundário a linfoma gástrico é uma complicação excepcional e potencialmente fatal. A identificação precoce e a abordagem multidisciplinar são fundamentais, embora a evolução possa ser rapidamente desfavorável em doença avançada.

POA 42

DOENÇA DE KIKUCHI-FUJIMOTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME FEBRIL COM ADENOPATIAS CERVICAIS

Carla Costa; João Leão Lopes; Marta Pinto Almeida; Julián Rodríguez; Beatriz Gonzaga; Nina Jancar
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A Doença de Kikuchi-Fujimoto (linfadenite histiocítica necrotizante) é uma entidade rara, autolimitada, que afeta predominantemente mulheres jovens e pode mimetizar patologia linfoproliferativa ou infecciosa sistémica. A sua apresentação com síndrome febril prolongado e adenopatias cervicais constitui um desafio diagnóstico em Medicina Interna.

Caso clínico: Mulher de 30 anos, previamente saudável, recorre ao Serviço de Urgência por tumefação cervical progressiva com dois meses de evolução, associada a febre vespertina (temperatura máxima 39,7°C), sudorese noturna, anorexia, perda ponderal não quantificada e artralgias metacarpofalângicas. Referia ainda prurido generalizado e sensação de distensão abdominal. Ao exame Objetivo apresentava conglomerado

adenopático cervical direito doloroso. Analiticamente destacava-se leucopenia com neutropenia, elevação de velocidade de sedimentação, PCR e LDH aumentadas, bem como hiperferritinémia marcada. Serologias para HIV, hepatites virais, toxoplasmose, brucelose e febre escaro-nodular negativas; cicatriz imunológica de EBV e CMV. Hemoculturas seriadas (inclusive pesquisa de micobactérias) negativas. Estudo autoimune sem alterações relevantes. TC cervical revelou múltiplas adenomegalias até 15 mm; TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou hepatomegalia sem adenopatias profundas significativas. Realizou biópsia ganglionar cervical, cujo exame anatomopatológico foi compatível com Doença de Kikuchi. Mielograma sem evidência de infiltração linfoproliferativa. Iniciou corticoterapia sistémica e hidroxicloroquina, com melhoria clínica.

Discussão: Este caso evidencia a importância da biópsia ganglionar no contexto de síndrome febril com adenopatias, particularmente quando coexistem citopenias e marcadores inflamatórios elevados. A Doença de Kikuchi deve ser considerada no diagnóstico diferencial de linfoma, infeção sistémica e doença autoimune, evitando exames e terapêuticas desnecessárias

POA 43

TELANGIECTASIA MACULARIS ERUPTIVA PERSTANS: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE MASTOCITOSE CUTÂNEA

Rita Matos Sousa; Ana Luís Vasconcelos; Ana João Gonzaga; Patrícia Ferreira; Filipa Martins
ULS Braga

Introdução: A mastocitose corresponde a um grupo heterogéneo de doenças caracterizadas pela proliferação e acumulação clonal de mastócitos em diferentes tecidos. A telangiectasia macularis eruptiva perstans é uma variante rara de mastocitose cutânea, mais frequentemente descrita em adultos. A sua apresentação clínica subtil e a ampla variedade de diagnósticos diferenciais dermatológicos tornam o reconhecimento desta entidade particularmente desafiante.

Caso clínico: Homem de 61 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por lesões maculares eritematosas dispersas no tronco, associadas a prurido agravado pela exposição solar e contacto com água do mar. O exame Objetivo não revelou outras alterações. O estudo analítico inicial não evidenciou alterações, nomeadamente no hemograma, função renal, perfil hepático ou parâmetros inflamatórios. Foi realizada biópsia cutânea inicialmente sugestiva de queratose actínica pigmentada. No estudo analítico subsequente destacou-se apenas elevação ligeira da triptase sérica (21 µg/L), sem outras alterações laboratoriais relevantes ou evidência de doença sistémica. Perante a persistência das queixas dermatológicas, procedeu-se à reavaliação histológica, que revelou achados compatíveis com telangiectasia ma-

cularis eruptiva perstans. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica não evidenciou alterações sugestivas de envolvimento sistémico, nomeadamente hepato ou esplenomegalia. O doente iniciou terapêutica com anti-histamínico e ciclo curto de corticoterapia, verificando-se evolução favorável das lesões cutâneas, mantendo ausência de sintomas sistémicos e bom estado geral.

Discussão: A telangiectasia macularis eruptiva perstans é uma forma rara de mastocitose cutânea do adulto, frequentemente subdiagnosticada devido à apresentação clínica discreta e à semelhança com outras dermatoses. Este caso destaca a importância da correlação clínico-histológica e da avaliação sistémica para exclusão de envolvimento sistémico, particularmente perante elevação da triptase sérica. O reconhecimento precoce permite orientar adequadamente o estudo complementar, prevenir potenciais desencadeantes de desgranulação mastocitária e assegurar vigilância clínica dirigida.

POA 44

OSTEOPOROSE NUM DOENTE JOVEM COMO MANIFESTAÇÃO DE MASTOCITOSE SISTÉMICA

Sofia Ramos; Adriana Watts Soares

ULS São José, Medicina Interna

Introdução: As fraturas patológicas num adulto jovem exigem investigação dada a elevada probabilidade de etiologia secundária passível de terapêutica específica. **Caso clínico:** Homem de 50 anos, internado para revisão cirúrgica por falência de artrodese de L1, colocada 2 anos antes por fratura após baixo impacto. Foi pedido apoio da medicina interna para estudo da fragilidade óssea. Da anamnese e semiologia destaca-se prurido ligeiro associado a máculas eritematosas intermitentes. A avaliação laboratorial revelou anemia normocítica normocrômica, níveis reduzidos de cálcio, fósforo e vitamina D; com paratormona normal e fosfatase alcalina elevada. Foram excluídas neoplasias sólidas ou plasmocitária com envolvimento ósseo, síndromes hiperfosfatúricas, doenças ocupacionais e genéticas de manifestação tardia. A osteodensitometria revelou um T-score de -4, compatível com osteoporose grave. A anatomia patológica da biópsia óssea, inicialmente inconclusiva, após discussão multidisciplinar identificou aspectos sugestivos de mastocitose sistémica, confirmada pela presença de triptase elevada e mutação cKIT D816V positiva. O doente foi medicado com antihistamínico e antileucotrieno e encaminhado para hematologia que iniciou quimioterapia.

Discussão: A mastocitose sistémica é uma neoplasia mieloproliferativa rara associada a mutações no gene KIT, levando à proliferação clonal de mastócitos que se depositam em múltiplos órgãos. O envolvimento ósseo ocorre em até 85% dos casos, podendo a osteoporose constituir a manifestação inaugural da doença, como

neste caso, associada a prurido ligeiro, sintoma frequentemente subvalorizado, mas sugestivo de ativação mastocitária.

Este caso alerta para a importância do estudo sistemático das fraturas patológicas e para a consideração da mastocitose sistémica como etiologia, apesar de rara; permitindo instituir quimioterapia dirigida, reduzir o risco de novas fraturas, melhorar o controlo sintomático e prevenir complicações como anafilaxia.

POA 45

HIPERTENSÃO PORTAL E DERMATOSE BOLHOSA IGA LINEAR: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE MIELOFIBROSE PRIMÁRIA

Mafalda Figueiredo; Matilde Rodrigues; André Abreu;

Daniela Soares Santos; Patrícia Dias

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A mielofibrose primária (MF) é uma neoplasia mieloproliferativa com proliferação clonal hematopoética, fibrose da medula óssea, hematopoiese extramedular, esplenomegalia e citopenias. É causa incomum de hipertensão portal não cirrótica (7%). Em casos raros pode mimetizar cirrose hepática. A dermatose bolhosa IgA linear é uma patologia rara que se associa a neoplasias malignas.

Caso clínico: Homem, 68 anos, internado por aumento do perímetro abdominal, perda ponderal e astenia com 2 meses de evolução. Apresentava lesões cutâneas bolhosas com 1 semana nos membros superiores e tronco. Antecedentes de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doença arterial periférica, dislipidemia e alcoolismo crónico. Trazia tomografia computadorizada com adenopatias paratraqueais, hilares e axilares bilaterais, volumosa hepatoesplenomegalia e moderado derrame peritoneal. Analiticamente com pancitopenia e elevação da beta2-microglobulina. Líquido peritoneal com Gradiente Albumina Soro-Ascite >1,1. O aspirado medular e biópsia óssea foram compatíveis com Neoplasia Mieloproliferativa Crónica do tipo MF (mutação JAK2 V167F positiva). A biópsia das lesões cutâneas revelou dermatose bolhosa IgA linear. Iniciou ruxolitinib com redução das organomegalias e melhoria das citopenias.

Discussão: A apresentação inicial associada ao consumo crónico de álcool, poderia induzir o diagnóstico de cirrose com hipertensão portal, contudo a presença de pancitopenia e hepatoesplenomegalia fez suspeitar de neoplasia hematológica. O diagnóstico foi confirmado por biópsia óssea e presença da mutação JAK2 V617F. A dermatose bolhosa IgA linear associa-se à MF, melhorando com corticóide tópico e tratamento da doença de base. Cerca de 6 meses após início do tratamento, houve resolução da sintomatologia, encontrando-se a hepatoesplenomegalia em redução progressiva. Este caso reforça a importância da suspeita clínica de MF

em doentes com sintomas sistémicos, pancitopenia e organomegalias.

POA 46

DEGENERESCÊNCIA CEREBELOSA ANTI-YO EM CARCINOMA DO OVÁRIO: INTEGRAÇÃO PRECOCE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Margarida Silva Cruz; Rita Lencastre Monteiro; Maria Costa Lima; Joana C. Monteiro; Teresa Dias Moreira; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: Síndromes neurológicas paraneoplásicas são complicações raras de neoplasias sólidas, mediadas por mecanismos autoimunes. A degenerescência cerebelosa anti-Yo, associada a carcinoma do ovário, progride rapidamente, causando défices motores e incapacidade funcional. A resposta a corticoterapia, imunoglobulina ou imunossupressão é habitualmente limitada, destacando a importância de cuidados paliativos precoces para otimização sintomática e planeamento de cuidados.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, com carcinoma seroso de alto grau do ovário e carcinomatose peritoneal, apresentou ataxia da marcha, disartria, diplopia e instabilidade postural progressiva. RMN cerebral sem metastização; causas metabólicas excluídas. Anticorpos anti-Yo positivos, compatível com degenerescência cerebelosa paraneoplásica.

Evoluiu para dependência nas atividades básicas, disfagia e tremor incapacitante. Realizou corticoterapia e imunoglobulina intravenosa, sem benefício. Tentou-se controlo sequencial do tremor com clonazepam, seguido de topiramato e posteriormente levetiracetam, todos off-label, sem eficácia significativa. O agravamento funcional motivou titulação de benzodiazepina visando alívio sintomático.

A integração precoce em cuidados paliativos permitiu abordagem multidimensional: otimização farmacológica, medidas não farmacológicas, suporte emocional e planeamento antecipado de cuidados. A intervenção precoce garantiu conforto, dignidade e alinhamento terapêutico com prioridades da doente, mesmo perante progressão neurológica irreversível.

Discussão: A degenerescência cerebelosa anti-Yo tem prognóstico desfavorável e baixa reversibilidade. O controlo do tremor baseia-se em evidência limitada, frequentemente insatisfatória. Este caso evidencia que a intervenção precoce em cuidados paliativos não só melhora conforto e qualidade de vida, como também permite decisões terapêuticas proporcionais e centradas no doente, mesmo em síndromes neurológicas raras e complexas.

POA 47

ENTRE PLAQUETAS E PERCALÇOS: UMA TROMBOCITOSE ESSENCIAL EM IDADE AVANÇADA

Ana Cristina Costa; Carolina Assunção; Leonel Pereira; Andreia Gravata; Letícia Naben; Mónica Côrte-Real; Carolina Robalo; Miguel Rodrigues; António Pessoa; Ana Reis; Daniela Brigas; Cristina Lopes; Eugénio Dias; Susana Marques
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A trombocitose essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa crónica caracterizada pela expansão clonal megacariocítica e aumento persistente da contagem plaquetária, associada a risco acrescido de eventos trombóticos e hemorrágicos. O seu diagnóstico em doentes muito idosos constitui um desafio pela coexistência de múltiplas comorbilidades e maior susceptibilidade a efeitos adversos dos agentes citorredutores.

Mulher de 85 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, enfarte agudo do miocárdio, AVC isquémico, diabetes tipo 2 e síndrome demencial, medicada com apixabano. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia súbita. À observação, encontrava-se vígil, mas desorientada, com sinais de estase pulmonar. Analiticamente com hemoglobina 8,6 g/dL, plaquetas 2 695 000/ μ L, leucocitose com neutrofilia e PCR 1,72 mg/dL. O esfregaço revelou anisocitose, policromasia e trombocitose marcada com plaquetas macrocíticas e gigantes. Foi internada com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca e Trombocitose em investigação. Do estudo, o mielograma confirmou síndrome mieloproliferativa crónica compatível com TE, com mutação *JAK2* positiva. Iniciou hidroxiureia, posteriormente substituída por bussulfano por ausência de resposta, com redução progressiva da contagem plaquetária (830 000/ μ L à alta). Durante o internamento apresentou paragem cardiorrespiratória (hipoxemia por baixo débito cardíaco secundário a hiperviscosidade), recuperando após 1 ciclo de suporte avançado (Ecocardiograma e TC CE sem alterações agudas), sem sequelas; e melenas, tendo a endoscopia revelado úlcera duodenal com vaso visível (Forrest IIa), tratada endoscopicamente; suspendeu-se a anticoagulação. Encontra-se actualmente estável, sob seguimento em consultas de Hematologia e Medicina Interna.

Este caso ilustra a complexidade da gestão da TE no idoso frágil, exigindo equilíbrio entre controlo hematológico e prevenção de complicações. A escolha terapêutica deve ponderar ambos os aspetos, reforçando a necessidade de monitorização rigorosa e individualização do tratamento. A ocorrência de hemorragia gastrointestinal major sob bussulfano e ACO evidencia o delicado equilíbrio entre eficácia e segurança nestes doentes.

POA 48

LESÃO RENAL AGUDA E HIPERCALCEMIA: MANIFESTAÇÕES INICIAIS DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

António Cardoso Fernandes¹; Bruno Sequeira Campos²; Beatriz Frutuoso³; João Miranda³; Mafalda Alpoim³; Margarida Melo Correia³

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho; ²Unidade Local de Saúde da Região de Leiria; ³Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é uma neoplasia hematológica agressiva. Embora a linfadenopatia seja a forma de apresentação clássica, emergências metabólicas como a hipercalcemia paraneoplásica e a lesão renal aguda (LRA) podem dominar o quadro inicial, exigindo um diagnóstico e tratamento céleres.

Caso clínico: Homem, 42 anos, sem antecedentes conhecidos, com queixas de astenia e perda ponderal de 6 kg em 2 meses. Sem outros sintomas B. Realizou estudo analítico em ambulatório que revelaram LRA, motivando orientação para o Serviço de Urgência. Do estudo efetuado à admissão a destacar anemia (Hb 10,0 g/dL), hipercalcemia grave (14 mg/dL) e creatinina de 3,28 mg/dL. Imagiologicamente com esplenomegalia heterogênea (23 cm de eixo bipolar) e adenomegalias peri-hilares hepáticas. Internado sob fluidoterapia e ácido zoledrónico, com melhoria progressiva da função renal e resolução da hipercalcemia. Do estudo complementar, destaca-se elevação da LDH (980 U/L) e β 2-microglobulina, e hipogamaglobulinemia. Vitamina D no limite inferior da normalidade (28 nmol/L) e PTH suprimida (6.4 pg/mL). Dada a localização das adenomegalias, após discussão multidisciplinar, optou-se pela realização de biópsia esplênica ecoguiada. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de LDGCB. Realizou estudo medular, sem invasão. Realizou também PET que confirma presença adicional de adenomegalias axilares bilateralmente, permitindo a classificação em estadio III. O doente iniciou quimioterapia com protocolo R-CHOP, com boa tolerância inicial.

Discussão: Este caso sublinha a importância de considerar o LDGCB no diagnóstico diferencial de hipercalcemia grave. Habitualmente, o diagnóstico de linfoma obtém-se através da biópsia de gânglios linfáticos. Contudo, a biópsia esplênica, procedimento que não é habitual nem rotineiro na prática clínica devido ao risco acrescido de complicações hemorrágicas, revelou-se neste caso uma alternativa diagnóstica essencial, permitindo o diagnóstico definitivo e a instituição atempada da terapêutica.

POA 49

AUTOIMUNIDADE COMO PRIMEIRA PISTA ONCOLÓGICA

João Francisco Abrantes; Camila Huertas Torres; Hugo Morais Cecílio; Julian Rodriguez Barrios; Lúcia Peixoto
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Síndrome de Evans é uma entidade rara caracterizada pela associação de anemia hemolítica autoimune e trombocitopenia imune, podendo coexistir com neutropenia. Pode ser primária ou secundária, nomeadamente a doenças linfoproliferativas. A identificação de uma citopenia autoimune, sobretudo em idade adulta avançada, deve motivar investigação etiológica sistemática, dada a possibilidade de patologia oncológica subjacente.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, caucasiana, autónoma nas atividades de vida diária, sem diagnósticos prévios de relevo. Recorreu aos cuidados de saúde primária por queixas de cansaço para esforços progressivamente menores e anorexia não seletiva, com 1 mês de evolução, após síndrome gripal. A avaliação analítica revelou pancitopenia de novo, motivando admissão no Serviço de Urgência. À admissão apresentava anemia hemolítica (Hb 5.1g/dL), leucopenia com neutropenia (leucócitos $2.60 \times 10^9/L$; neutrófilos $1.48 \times 10^9/L$), trombocitopenia (plaquetas $100 \times 10^9/L$), LDH elevada, hiperbilirrubinemia, haptoglobina diminuída e teste de Coombs direto positivo compatível com anemia hemolítica autoimune associada a trombocitopenia, configurando síndrome de Evans. Foi internada para investigação etiológica, monitorização e tratamento. O estudo complementar radiológico revelou hepatoesplenomegalia significativa, tendo a biópsia osteomedular confirmado Linfoma Não-Hodgkin como causa subjacente.

Discussão: A síndrome de Evans secundária representa um desafio diagnóstico, podendo constituir a manifestação inaugural de doença linfoproliferativa. Este caso destaca a importância de uma abordagem etiológica estruturada perante citopenias autoimunes de novo, particularmente em doentes idosos, em que a autoimunidade pode constituir a primeira manifestação de doença oncológica oculta.

POA 50

AMILOIDOSE AL KAPPA: QUANDO A SUSPEIÇÃO CLÍNICA ULTRAPASSA OS PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS

Maria Inês Pinto¹; Tiago Silveira Rosa²; Patrícia Ferraz²; Manuel Cunha²

¹Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: A amiloidose de cadeias leves (amiloidose AL) é o tipo mais comum de amiloidose sistémica. É uma entidade rara (incidência de 12 casos/milhão/ano) e com sintomatologia muito inespecífica, o que conduz

a atraso diagnóstico, com impacto prognóstico significativo. Em 75-80% dos casos associa-se a gamapatia monoclonal (GM) de cadeias leves lambda (CL λ).

Caso clínico: Homem, 76 anos, *ECOG performance status* 0, referenciado à consulta de Hematologia em março/2024 por GM de cadeias leves kappa (CL κ). Estudo inicial: hemograma, função renal, imunoglobulinas séricas normais, Albumina 4.1 g/dL, Cálcio corrigido 8 mg/dL, CL κ 154.18 mg/dL [N:0.33-1.94], CL λ 1.76 mg/dL [N:0.57-2.63], rácio cadeias leves livres (CLL) 87.60 [N:0.26-1.65]; eletroforese proteínas séricas sem pico monoclonal; Urina 24 horas (U24H): Proteínas totais (PT) 269 mg [N:<150]; Imunofixação urinária: banda monoclonal CL κ ; Radiografia esqueleto sem lesões líticas; Mielograma: 4% de plasmócitos; Eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma transtorácico (EcoTT) normais.

Diagnóstico: GM de significado indeterminado. Em setembro/2025 iniciou fadiga extrema, dispneia para esforços ligeiros (*New York Heart Association* classe III), hipotensão ortostática, macroglossia e edemas dos membros inferiores. Reavaliação: CL κ 319.65 mg/dL, CL λ 1.15 mg/dL, rácio CLL 277.96 mg/dL; troponina T 0.076 ng/ml [N:< 0.05] e pro-BNP 16022 pg/ml [N:<120]; U24H: PT 2088 mg. ECG com baixa voltagem em todas as derivações e EcoTT sem hipertrofia do septo ou ventricular; Biópsia gordura abdominal: depósitos de substância amilóide. Ressonância magnética cardíaca: cardiomiopatia infiltrativa. Diagnóstico final: Amiloidose AL- κ estadio IV (Mayo 2012) com envolvimento cardíaco, renal e cutâneo. Iniciou tratamento com daratumumab, ciclofosfamida, bortezomib e dexametasona, com resposta hematológica completa no 2º ciclo e melhoria clínica significativa (NYHA II).

Discussão: Embora classicamente associada a CL λ , este caso reforça como a dependência de padrões epidemiológicos pode desviar a suspeita diagnóstica de amiloidose AL. Além disso, demonstra que a existência de ecoTT normal não exclui envolvimento cardíaco. Perante GM com envolvimento multiorgânico inexplicado, a amiloidose AL deve ser considerada independentemente da cadeia envolvida.

POA 51

SÍNDROME DE TROUSSEAU: QUANDO NEM A HIPOCOAGULAÇÃO EVITA UM DESFECHO CATASTRÓFICO

Beatriz La Féria¹; Maria Margarida Marques²; Selma Mulemba Baptista²; Margarida Vieira Martins²; Margarida Monteiro²; Maria Rosário Araújo²; Olinda Caetano²
¹IPO Porto; ²ULS Braga

A síndrome de Trousseau é um estado de hipercoagulabilidade paraneoplásico que pode levar a trombooses arteriais e venosas. Associa-se sobretudo a neoplasias do pâncreas, pulmões e ovários. O prognóstico é reservado e a hipocoagulação nem sempre previne novos eventos.

Apresenta-se o caso de um doente de 72 anos, autônomo, que recorreu ao serviço de urgência por edema, rubor e calor da perna direita. Realizou doppler venoso, que documentou trombose venosa profunda (TVP) extensa do membro inferior direito. A angio-TC de tórax mostrou tromboembolismo pulmonar bilateral. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina e ficou internado para investigação etiológica. Realizou TC abdomino-pélvico, que identificou várias nodularidades hepáticas, uma lesão peripancreática e enfartes esplênicos e renais. A biópsia hepática revelou adenocarcinoma sugestivo de origem bilio-pancreática. Nessa altura, dado o estado geral do doente e o comportamento agressivo da neoplasia, a Oncologia optou por instituir medidas paliativas. Durante o internamento, por alterações neurológicas de novo, hemiparesia esquerda e hemianopsia homónima esquerda, realizou TC cranioencefálica que evidenciou fenómenos isquémicos em vários territórios cerebrais. Poucos dias após a alta sob edoxabano, foi diagnosticada nova TVP extensa, desta vez, no membro inferior esquerdo, pelo que foi alterada a hipocoagulação para tinzaparina. No dia seguinte, por agravamento neurológico, tetraparesia, afasia e amaurose, com depressão do estado de consciência, suspenderam-se todas as medidas terapêuticas. O doente ficou em cuidados de conforto, tendo falecido dois dias depois.

Este caso ilustra uma apresentação exuberante de síndrome de Trousseau, com eventos trombóticos em múltiplos territórios, apesar das várias estratégias de hipocoagulação implementadas. Destaca-se a importância da suspeita de neoplasia perante fenómenos trombóticos recorrentes, sendo o tratamento da doença subjacente essencial para a prevenção de novos eventos.

POA 52

UM CASO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR PROVIDENCIAL

Nair Ferreira Barbeiro; Bebiãna Sousa; Lígia Fernandes; Inês B. Mesquita; Rosário Santos Silva; Ana Norte
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

O estado protrombótico induzido por neoplasias é reconhecido, mas pode ser subvalorizado perante outros fatores de risco para tromboembolia pulmonar (TEP). Homem, 42 anos, não fumador com antecedentes de asma. Submetido duas semanas antes a cirurgia por rotura ligamentar do tornozelo, mantendo imobilização com bota Walker e sem profilaxia com anticoagulante oral (ACO).

Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica pleurítica à direita, com irradiação para a mandíbula e membro superior ipsilateral, e febre. Apresentava taquicardia sinusal, diminuição do murmúrio na base direita e sinais inflamatórios no pé esquerdo. ECG com padrão S1Q3T3. Gasimetria arterial com hipocapnia ligeira. Analiticamente destacava-se PCR 132 mg/L,

troponina T 4,19 pg/mL e INR 1,3. A Angio-TC torácica confirmou TEP bilateral, pequeno derrame pleural direito e um nódulo pulmonar sólido de 20 mm, suspeito de malignidade. Testes de vírus respiratórios, urocultura e hemoculturas negativas.

Iniciou ACO terapêutica e antibiótica. O estudo de trombofilia (sob ACO) revelou diminuição da antitrombina III; e elevação do fator VIII e do fator de von Willebrand (antigénio e atividade). Após boa evolução clínica, teve alta sob ACO e com biópsia pulmonar programada que revelou adenocarcinoma pulmonar (padrões acinar e papilar, CK7+ e TTF1+, Ki67 20–25%), sem metastização. Foi submetido a lobectomia inferior direita com linfadenectomia mediastínica (estádio IA). Após 3 meses com normalização da antitrombina III e do fator VIII.

A incidência de neoplasias pulmonares em idades jovens tem aumentado e o diagnóstico é frequentemente desafiante. Neste caso, a TEP permitiu a detecção precoce de uma neoplasia potencialmente grave salientando a importância de investigação adicional perante TEP em doentes jovens, mesmo na presença de fatores de risco aparentes.

POA 53

TIC TAC: FOI POR UM SOPRO...

Inês Luís; Miguel Achega; Margarida Mourato; Rita Penaforte; Isabel Jorge; Fernando Aldomiro

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia linfoproliferativa caracterizada pela presença de células de Reed-Sternberg. A variante escleronodular é a mais frequente em adultos jovens.

Caso clínico: Homem, 35 anos, natural do Brasil, em Portugal desde 2022, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por tumefações cervicais dolorosas com 4 meses de evolução com aumento dimensional progressivo, sudorese noturna, sensação febril não quantificada e perda ponderal de 6 kg.

Ao exame Objetivo apresentava adenopatias dolorosas e móveis nas cadeias cervical, retroauricular, inframandibular e supraclavicular; auscultação cardíaca com sopro holossistólico III/VI audível em todo o precórdio.

Analiticamente com anemia microcítica hipocrômica, leucocitose 17700/L, PCR 14,8mg/dL, serologias VIH, VHB e VHC negativas e BAAR e cultural de expectoração negativos.

Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou obstrução grave do trato de saída do ventrículo direito por compressão extrínseca. A TC tórax-abdómen-pélvis revelou massa sólida no mediastino anterior (11x10x10cm) com envolvimento da aorta ascendente, arco aórtico e tronco da artéria pulmonar (AP) com permeabilidade mantida, mas redução do calibre do tronco da AP (6mm), sem envolvimento abdómino-pélvico. Fez biópsia excisional de adenopatia cervical e iniciou pulsos de metilprednisolona. A citologia revelou resul-

tado de citologia compatível com linfoma de Hodgkin clássico, associado ao vírus Epstein-Barr (EBV), variante escleronodular, sendo referenciado a centro de referência de Hematologia onde iniciou quimioterapia de primeira linha.

Discussão: A apresentação clínica deste caso é típica de LH e a positividade para EBV reforça o seu papel na patogénese, mesmo em doentes imunocompetentes. Apesar da clínica sugestiva, o caso destaca-se pela ocorrência de complicação rara e potencialmente fatal. A identificação atempada permitiu orientação terapêutica adequada, sendo uma doença com elevado potencial de cura.

POA 54

GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL A MIMETIZAR NEOPLASIA DA SUPRARRENAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Geraldo Assunção¹; Andreia Diegues¹; Pedro Souteiro²; Filipe Pires¹; Eugénia Madureira¹

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; ²IPO Porto

Introdução: As massas retroperitoneais adjacentes à glândula suprarrenal constituem um desafio diagnóstico, podendo mimetizar tumores suprarrenais potencialmente malignos. A proximidade anatómica pode dificultar a determinação da origem tumoral nos exames imagiológicos. O ganglioneuroma é um tumor benigno raro do sistema nervoso simpático, geralmente de crescimento lento e frequentemente identificado de forma incidental.

Caso clínico: Homem de 21 anos, fumador, previamente saudável, com massa retroperitoneal detetada incidentalmente. Encontrava-se assintomático, sem dor abdominal e com valores tensionais normais. A ressonância magnética abdominal revelou lesão heterogénea de 9 cm na loca suprarrenal esquerda, inicialmente interpretada como provável tumor suprarrenal. O estudo hormonal não evidenciou atividade secretora, com cortisol e catecolaminas normais. A tomografia computadorizada torácica excluiu doença metastática. Dada a dimensão da lesão e a suspeita de neoplasia suprarrenal não funcionante, foi realizada ressecção cirúrgica primária. O doente foi submetido a tumorectomia em bloco com suprarrenalectomia e nefrectomia esquerdas. O exame anatomopatológico revelou ganglioneuroma em maturação localizado no tecido adiposo pré-adrenal esquerdo, sem infiltração da suprarrenal ou do rim.

Discussão: Cerca de um terço dos ganglioneuromas localizam-se no retroperitонеu e podem mimetizar tumores suprarrenais devido à proximidade anatómica. A avaliação destas lesões deve incluir caracterização imagiológica e estudo hormonal. Em massas volumosas suspeitas de origem suprarrenal, a biópsia tem utilidade limitada e pode aumentar o risco de disseminação tumoral, raramente alterando a estratégia te-

rapêutica. A ressecção cirúrgica é determinante para o diagnóstico definitivo. Este caso destaca a importância de uma abordagem diagnóstica estruturada e de considerar tumores neurogênicos benignos no diagnóstico diferencial.

POA 55

SÍNDROME DE AGLUTININAS FRIAS SECUNDÁRIA A RINOVÍRUS

Juliana Rochate; João M. Correia; Beatriz Da Penha Coutinho; Camila Huertas Torres; João Leão Lopes; Ryan Costa Silva
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A síndrome de aglutininas frias secundária é rara e é uma forma de anemia hemolítica autoimune (AHAI) mediada por aglutininas frias, podendo ser resultante de uma infecção, doenças autoimunes ou neoplasia nomeadamente linfoproliferativa. A sua ocorrência é menos frequente que as formas primárias e a associação com infecção está descrita por exemplo com *Mycoplasma spp*, EBV, CMV e Influenza.

Apresenta-se o caso de uma doente com 77 anos com dislipidemia, gota e hipertensão arterial. Avaliada no Serviço de Urgência (SU) por quadro de palpitações, tosse seca, coriza e odinofagia com uma semana de duração. No SU com taquicardia supraventricular convertida a ritmo sinusal através de administração de adenosina. Da avaliação complementar a destacar elevação de parâmetros de hemólise, teste de Coombs direto para C3d positivo e presença de crioprecipitinas em hemograma após aquecimento, assumindo-se o diagnóstico de AHAI a anticorpos frios. Instituída terapêutica com Imunoglobulina IV 0.4g/kg/dia 5 dias e prednisolona 1mg/kg com melhoria clínica e dos parâmetros de hemólise. Do estudo etiológico em internamento, excluiu-se processo neoplásico, linfoproliferativo, gamopatia monoclonal, doença autoimune concomitante, infecção ativa por micoplasma, hepatites víricas, EBV ou CMV. A destacar como etiologia pesquisa de vírus respiratórios positiva para rinovírus em exsudado nasofaríngeo, pelo que se admitiu AHAI a anticorpos frios secundária a infecção por rinovírus.

Pretende-se salientar que, perante infecção recente com evolução clínica favorável, deve privilegiar-se uma abordagem diagnóstica orientada para a história clínica, sem necessidade obrigatória de recurso a exames invasivos. Uma vez que este tipo de anemia hemolítica é habitualmente autolimitado, é fundamental prevenir a sobreinvestigação que pode conduzir a iatrogenia, devendo o diagnóstico fundamentar-se numa adequada relação clínica e laboratorial.

POA 56

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EM DOENTE COM CANCRO DE MAMA: UM CASO CLÍNICO

Rui Resende Bastos; Sara Sarmento; Joana Barbosa Rodrigues; Glória Nunes Da Silva; António Martins Batista

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A encefalopatia de Wernicke (EW) é uma emergência neurológica provocada por défice de tiamina, classicamente associada a alcoolismo, mas também descrita em doentes sem consumos etílicos. Existem relatos raros em contexto de cancro da mama, sobretudo em doença metastática ou sob quimioterapia.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, internada por encefalopatia com cerca de 2 semanas de evolução, tetraparésia flácida e tromboembolismo pulmonar (TEP). No estudo do TEP, e perante massa pética na mama direita, realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica (TC TAP) e ecografia mamária com biópsia, confirmando carcinoma invasivo da mama direita com metastização óssea em cintigrafia. A ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) excluiu evento vascular agudo e revelou alterações bilaterais simétricas sugestivas de Encefalopatia de Wernicke, em doente sem alcoolismo ou desnutrição evidente. Iniciou tiamina endovenosa (EV), com melhoria da vigilância e cognição, sem recuperação motora significativa e com atenuação de alterações descritas na RM-CE de reavaliação. O doseamento de vitamina B1, efetuado após a suplementação, foi normal. Foram ainda realizadas múltiplas punções lombares com estudo microbiológico, virológico, citológico e paraneoplásico negativos, bem como EEG e pesquisa serológica alargada.

Discussão: O caso evidencia apresentação atípica de EW em doente oncológica sem fatores de risco clássicos. A distribuição diencefálica bilateral e simétrica na RM-CE e a resposta à tiamina EV sustentaram o diagnóstico. A associação a TEP e carcinoma metastizado sugere estado hipercatabólico e défice nutricional subclínico como possíveis fatores predisponentes. A tetraparésia persistente pode refletir a gravidade dos danos neurológicos pelo atraso no início da terapêutica reforçando a necessidade de elevada suspeição e administração precoce de tiamina para prevenir sequelas irreversíveis.

POA 57

QUANDO A SEROLOGIA FALHA: CRISE CONVULSIVA COMO APRESENTAÇÃO DA DOENÇA DE WEIL

Isabel Santos Jorge; Inês Madeira; Margarida Monteiro; Fernando Aldomiro

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A leptospirose é uma zoonose causada por espiroquetas do género *Leptospira*. A Doença de Weil representa a forma grave, caracterizada pela tríade de icterícia, insuficiência renal aguda (IRA) e hemorragias. Manifestações neurológicas, como meningite asséptica,

ocorrem tipicamente na fase imune, exigindo elevada suspeição clínica mesmo em doentes com fatores de risco epidemiológicos claros.

Caso clínico: Homem de 34 anos, natural de Cabo Verde, sem-abrigo e com hábitos etanólicos marcados. Admitido no Serviço de Urgência por crise convulsiva tónico-clónica generalizada. À avaliação inicial prostrado, icterico, com sufusão hemorrágica ocular (fotografia em anexo) e colúria. Apresentava hepatomegália palpável 2 cm abaixo da grelha costal. Analiticamente a destacar bicitopenia (anemia e trombocitopenia), leucocitose com aumento da proteína C reativa, padrão de citocolestase com hiperbilirrubinemia à custa de bilirrubina direta e IRA com desequilíbrios iónicos associados (hiponatremia, hipomagnesémia e hipocalcémia graves). Dado o contexto epidemiológico e alterações analíticas, pedida serologia para *Leptospira*, negativa. Por manter prostração fez TC crânio-encefálica, sem alterações. Por aumento dos parâmetros inflamatórios sem foco realizou punção lombar, que evidenciou pleocitose linfocitária, confirmando meningite asséptica. Registou-se agravamento de anemia ao longo do internamento, sem perdas hemáticas visíveis. Perante elevada suspeita de *Leptospira* apesar de serologias negativas, e excluídas outras etiologias infecciosas, pedida PCR para *Leptospira* na urina. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone com melhoria clínica e laboratorial. A confirmação etiológica por PCR positiva na urina foi obtida 2 semanas mais tarde.

Discussão: A leptospirose é das zoonoses mais prevalentes no mundo. Durante a fase imunológica é difícil o diagnóstico serológico. A suspeita clínico-epidemiológica deve motivar antibioterapia precoce, não devendo ser protelada dada a elevada mortalidade, sobretudo nas formas graves da doença.

POA 58

NOCARDIOSE PULMONAR A MIMETIZAR NEOPLASIA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Jessica Miranda Oliveira¹; Gustavo Lemos Correia²; Beatriz Sá Pereira³; Sara Trevas²; Carlos Pereira²; Catarina Marques Dos Santos²

¹Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca - Amadora/Sintra; ²Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas; ³Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A nocardiose pulmonar é uma infeção rara, habitualmente associada a imunossupressão, apresentando manifestações clínicas e imagiológicas inespecíficas. A dificuldade no isolamento microbiológico e o frequente mimetismo com neoplasia pulmonar constituem desafios diagnósticos relevantes, podendo atrasar o diagnóstico e o tratamento adequados. Apresenta-se um caso pela sua apresentação sugestiva de malignidade em doente imunocompetente.

Caso clínico: Homem de 77 anos, fumador ativo (70 UMA), observado por dispneia progressivamente agravada com um mês de evolução, associada a perda

ponderal e agravamento de tosse crónica pouco produtiva, sem febre. Ao exame Objetivo apresentava-se ligeiramente polipneico, com crepitações pulmonares bilaterais. Analiticamente evidenciava leucocitose ligeira e PCR de 4 mg/dL. Gasimetricamente apresentava insuficiência respiratória parcial ligeira, com necessidade de oxigenoterapia de baixo débito. A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelou múltiplas lesões nodulares suspeitas de secundarismo, bem como lesão sugestiva de neoplasia pulmonar primária. Face à elevada suspeita de malignidade e necessidade de diagnóstico histológico atempado, foi internado na pneumologia e submetido a biópsia por aspiração por agulha transbrônquica guiada por ecoendoscopia. verificou-se isolamento microbiológico de *Nocardia spp.* e ausência de células neoplásicas. Foram excluídas patologias associadas a imunodeficiência. Iniciou terapêutica com cotrimoxazol, mantida durante seis meses, com melhoria clínica e resolução completa das alterações imagiológicas em TC de controlo.

Discussão: Este caso evidencia a nocardiose pulmonar como diagnóstico diferencial relevante de neoplasia pulmonar, mesmo em doentes sem imunossupressão aparente. Apesar da possibilidade de diagnóstico microbiológico por métodos menos invasivos, a forte suspeita inicial de neoplasia justificou uma abordagem invasiva precoce para exclusão de malignidade. A suspeição clínica e a confirmação microbiológica de *Nocardia spp.* são fundamentais para a instituição precoce de terapêutica dirigida, habitualmente prolongada, e para um bom prognóstico

POA 59

HEPATITE B AGUDA: UM CASO IMPORTADO

Maria Rui Gomes; Mariana Crispiniano; Beatriz Câmara Lourenço; Ana Sofia Silva; Rosélia Lima; Ana Catarina Dionísio

Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Introdução: A Hepatite B, um vírus oncogénico transmitido por fluídos corporais ou via vertical, é uma das principais causas de doença hepática crónica no mundo, afetando sobretudo homens dos 25-54 anos, evoluindo para cronicidade em <5% dos casos. Portugal tem uma incidência de 1,5/100.000 habitantes, sendo mais raros os casos agudos (0,4/100.000 habitantes), comparativamente a países subdesenvolvidos, onde a prevalência é superior (p.ex. 21% em Angola).

Caso: Mulher, 72 anos, angolana. Sem antecedentes pessoais ou medicação habitual relevante. Recorreu ao serviço de urgência por desconforto abdominal, náuseas, obstipação, anorexia e colúria, com 5 dias de evolução, após regressar de Angola. À observação: consciente e orientada, com icterícia mucocutânea, abdómen inocente, sem outras alterações. Analiticamente: citocolestase franca - hiperbilirrubinemia de 14,19mg/dL (direta 9,79mg/dL) e transaminases au-

mentadas em quase 100x o limite superior da normalidade; restante perfil hepático, coagulação, lactato e parâmetros inflamatórios normais. Do estudo etiológico: serologia compatível com Hepatite B aguda, sem coinfeção por Vírus de Hepatite C ou Imunodeficiência Humana; e ecografia abdominal normal. Sem identificação da via de transmissão ou exposição a hepatotóxicos. Iniciou fluidoterapia e foi internada para vigilância clínica e analítica. Apresentou evolução favorável, com melhoria paulatina do perfil hepático, sem outras disfunções identificadas. Teve alta para ambulatório, onde foi documentada evolução para cronicidade e excluída coinfeção por Hepatite D.

Discussão: Este caso demonstra a importância da suspeição diagnóstica de Hepatite B em doentes provenientes de áreas endêmicas, mesmo numa faixa etária menos provável, dada a diferença de prevalência entre Portugal e esses países. Apesar da evolução clínica favorável com tratamento de suporte, o comportamento desta patologia em idosos é menos previsível, e o risco de uma evolução fulminante *versus* cronicidade reforça a necessidade de um acompanhamento rigoroso e sistemático destes doentes.

POA 60

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA EM DOENTE COM LINFOMA: UM LÍQUOR “INOCENTE” NÃO EXCLUI INFECÇÃO

Ana Martins Costa; Filipe Dias Costa; Márcia Costa; Catarina Mendonça

Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: O vírus John Cunningham (JCV) é um poliovírus humano ubíquo, com seroprevalência estimada entre 50–65% na população adulta. Após infeção primária geralmente assintomática, permanece em latência e pode reativar em contexto de imunossupressão, originando leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP), doença desmielinizante do sistema nervoso central (SNC). Doentes com linfoma não Hodgkin (LNH), sobretudo com doença avançada, transformação histológica, exposição a imunoterapia anti-CD20 ou submetidos a transplante autólogo de medula óssea (TMO), apresentam imunossupressão celular prolongada, constituindo grupo de risco para reativação do JCV.

Caso clínico: Homem de 62 anos com LNH folicular submetido há 5 meses a TMO autólogo por transformação para linfoma difuso de grandes células B, sob profilaxia com aciclovir, recorreu ao serviço de urgência por afasia de início súbito. Ao exame neurológico com erros de nomeação e não cumpria ordens complexas, sem outros défices focais; encontrava-se febril. Analiticamente com pancitopenia e PCR de 45 mg/L. A TC-CE revelou hipodensidades subcorticais nas regiões temporais posteriores, com extensão periventricular, sem captação nodular evidente e discreto efeito de massa, sugerindo etiologia inflamatória/infecciosa ou

tumoral. A punção lombar: líquido límpido, proteínas no limite superior do normal (0,49 g/L), sem consumo de glicose e citologia sem alterações relevantes. A pesquisa de poliomavírus foi positiva para JCV.

Discussão: O caso ilustra uma complicação neurológica rara, porém grave, em contexto de imunossupressão pós-TMO autólogo. A apresentação clínica focal subaguda, associada a alterações imagiológicas e à deteção de JCV no líquido, é compatível com LMP. A citologia inocente e a ausência de hipoglicorraquia tornam menos provável envolvimento meníngeo ou infeção bacteriana, reforçando etiologia viral e a importância de investigação molecular dirigida. Não existe terapêutica antiviral eficaz; a estratégia baseia-se na recuperação da imunidade celular, frequentemente limitada nestes doentes. O prognóstico permanece reservado, com elevada mortalidade. Este caso reforça a necessidade de na elevada suspeição de infeções oportunistas do SNC em doentes imunossuprimidos, mesmo quando o estudo inicial do líquido é inocente.

POA 61

NÓDULOS HEPÁTICOS E SÍNDROME CONSTITUCIONAL – ALÉM DA ETIOLOGIA NEOPLÁSICA

Afonso Gaspar; Bernardo Ribeiro Bento; Ana Midões Almeida; Helena Temido; Vera Beato

Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa

Introdução: A hidatidose (*Echinococcus granulosus*) tem maior prevalência em regiões de atividade agro-pastoril. Consiste na formação de quistos hidáticos sobretudo hepáticos e pulmonares. É geralmente assintomática durante anos, podendo manifestar-se por complicações compressivas, infeção secundária ou ruptura quística.

Caso clínico: Homem, 56 anos, antecedentes de *bypass* gástrico, colecistectomia e esteatose hepática. Recorre ao Serviço de Urgência por epigastria pós-prandial com 5 dias de evolução e perda ponderal de 4Kg em 3 meses. Sem alterações recentes da medicação habitual ou consumo de produtos de venda livre ou ervanária. Sem contexto epidemiológico relevante. Analiticamente com citocolestase hepática, antigénio carcinoembrionário positivo (4.52ng/mL), alfa-fetoproteína negativa. Enquanto aguardava anticorpo anti-*echinococcus*, realizou ressonância magnética abdominal não esclarecedora - alteração difusa do realce hepático, diversos nódulos hepáticos sugestivos de natureza neoformativa e ganglio retrocaval aumentado. O anticorpo anti-*echinococcus* IgM foi positivo (8.89 U/mL). Apesar da lesão hepática sugestiva de neoplasia, antes da biópsia da lesão, optou-se por realizar ciclo de albendazol. A ressonância magnética de reavaliação (para eventual biópsia) mostrou redução das dimensões dos diversos nódulos hepáticos, pelo que se assumiu o diagnóstico de hidatidose. Foi necessário repetir ciclo de albendazol.

Discussão: Imagiologicamente, a neoplasia e os quistos hidáticos por norma diferem. Neste caso, a apre-

sentação clínica e imagiológica da hidatidose mimetiza uma lesão neoformativa hepática. A correcta avaliação de um nódulo hepático tem implicações terapêuticas e prognósticas. É necessário manter um elevado índice de suspeição diagnóstica, mesmo com contexto epidemiológico indefinido. Ressalva-se ainda a importância da terapêutica antiparasitária dirigida, essencial para resolução clínica e prevenção de complicações.

POA 62

UM VÍRUS ESCONDIDO, UM FUNGO REVELADOR: 3 CASOS DE MENINGITE CRIPTOCÓCICA COMO APRESENTAÇÃO DE VIH

Joana Pereira Moniz; Ana Cláudia Cunha; Rui Dias;
Ana Albuquerque; Rita Lizardo Grácio; Diana Fernandes;
Odete Gomes; Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A meningite criptocócica é uma infeção fúngica grave do sistema nervoso central, sendo a infeção por VIH a causa da imunossupressão subjacente em 70-80% dos casos, com uma mortalidade de 10-25%.

Apresentamos de seguida três casos de jovens que recorreram à urgência por clínica neurológica, tendo sido feito o diagnóstico inaugural de VIH.

Mulher, 20 anos, cefaleia com fotofobia e febre. TC CE sem alterações. Punção lombar (PL) com isolamento de *Cryptococcus* (C.) neoformans. Solicitada posteriormente serologia VIH, positiva, 976000 cóp/ml, CD4 10/mm³, CD4/CD8 0.02. Cumpru tratamento de indução com Anfotericina B e Flucitosina, consolidação e manutenção com Fluconazol. Iniciou TARV com Biktarvy.

Mulher, 32 anos, crise convulsiva. TC CE sem alterações. Adicionalmente com clínica de dor interescapular com TC coluna com evidência de lesão pulmonar, pelo que realizou TC Tórax com lesão apical direita com cavitação central. Realizada serologia VIH, positiva, 1600000 cóp/mL, CD4 23/mm³, CD4/CD8 0.04. Agitação psicomotora, pelo que realizou PL com isolamento de C. neoformans. Cumpru tratamento conforme caso prévio. Realizou PL espoliadoras por clínica exuberante com difícil negatificação do LCR. Associadamente, diagnóstico de tuberculose pulmonar, cumpru terapêutica quádrupla com RIPE. Iniciou TARV com Dovato.

Homem, 28 anos, alteração do estado de consciência com necessidade de intubação. TC CE sem alterações. Analiticamente com anemia, linfopenia e hiponatremia. LCR com C. neoformans, tendo realizado serologia VIH, positiva, 463092 cóp/mL. TC CE reavaliação com hipodensidades estriatocapsulares bilaterais sugestivas de natureza infecciosa. Iniciado tratamento de indução, mantendo GCS 3 com midríase fixa e ausência de reflexos do tronco, tendo falecido após 2 dias de internamento.

Estes casos, com clínica distinta, reforçam a importância do diagnóstico precoce de meningite e do rastreio de VIH perante quadros sugestivos, permitindo o início atempado de terapêutica.

POA 63

PNEUMONIA NECROTIZANTE E COLITE INFECCIOSA: DESAFIO DIAGNÓSTICO DE SÉPSIS MULTIFOCAL

Marta G. Sousa; Eva São Pedro; Maria Inês Rocha;
Mariana Silva Leal; Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A sépsis multifocal representa um desafio diagnóstico e terapêutico, particularmente em doentes com internamentos prolongados e exposição prévia a antibióterapia de largo espectro. A pneumonia necrotizante é uma complicação rara e grave, com mortalidade hospitalar elevada, enquanto a colite por *Clostridioides difficile* constitui a principal causa de diarreia infecciosa nosocomial.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 74 anos, com internamento prévio prolongado por endocardite valvular aórtica com múltiplas complicações, incluindo bronquiectasias colonizadas por *Pseudomonas aeruginosa*. Internado por pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória (IR) hipoxémica, tendo sido instituída antibióterapia empírica com piperacilina/tazobactam, considerando antecedentes. Ao 8º dia de internamento verificou-se deterioração clínica súbita com IR de novo, hipotensão, hiperlactacidemia e diarreia. Analiticamente, apresentava agravamento dos parâmetros inflamatórios e pesquisa de toxina de *C. difficile* positiva. O estudo de imagem revelou pneumonia necrotizante do lobo inferior direito e proctite. Iniciou antibióterapia com vancomicina oral, metronidazol e cobertura empírica para gram-negativos multirresistentes. A cultura de secreções brônquicas identificou *Escherichia coli* produtora de ESBL, tendo a antibióterapia sido ajustada ao antibiograma. Apresentou melhoria clínica e imagiológica após 10 dias de antibióterapia dirigida, com resolução das disfunções presentes.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da sépsis multifocal num doente com multimorbilidade e exposição prévia a antibióterapia. O estudo realizado revelou a coexistência de pneumonia necrotizante e colite por *C. difficile*. Esta associação é particularmente desafiante pois a antibióterapia de largo espectro, essencial para tratar a pneumonia necrotizante, aumenta o risco de disrupção do microbioma intestinal e de infeção por *C. difficile*. A identificação dos focos infecciosos, abordagem atempada de disfunções e o início precoce de terapêutica adequada foram determinantes para a evolução clínica. A coexistência de pneumonia necrotizante e *C. difficile* exemplifica um paradoxo terapêutico desafiante: tratar uma infeção que pode simultaneamente perpetuar outra.

POA 64

NEM TUDO O QUE PARECE AVC É: ENCEFALOPATIA FEBRIL COM SEROLOGIA SUGESTIVA DE RUBÉOLA NUM ADULTO

Sara Campos; Tiago Alexandre; Alexandra Ávila;
Vanda Conceição; Nuno Bernardino Vieira
Hospital de Portimão

Introdução: A encefalite/encefalopatia associada à rubéola é excecional em adultos. Pode apresentar-se como “AVC-like”, com tomografia computadorizada (TC) / ressonância magnética (RM) e líquido cefalorraquidiano (LCR) pouco específicos. Nestes cenários, a epidemiologia e a interpretação criteriosa da serologia tornam-se determinantes.

Caso clínico: Homem, 77 anos, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica e nefrectomia direita por neoplasia renal, recorre ao serviço de urgência por febre e alteração do estado de consciência com afasia e disartria. Ativada via verde AVC: Ango-TC crânio-encefálica sem alterações. Realizou RM-CE sem restrição à difusão ou realce patológico. Evoluiu na UAVC com oscilação do estado de consciência (GCS mínimo 6), com necessidade de ventilação mecânica e unidade de cuidados intensivos. Iniciou lacosamida e levetiracetam por suspeita de estado de mal não convulsivo. Realizou punção lombar (PL): LCR com 1 célula/mm³ e proteínas 59 mg/dL; bacteriologia e painel molecular para agentes neurotrópicos negativos; rastreio séptico negativo. No internamento, realizou nova PL ao 6.º dia: 4 células/mm³, glucose 65,6 e proteínas 50,5; novo painel viral/bacteriano negativo. Por contacto 2 semanas antes com criança com febre e exantema, pediram-se serologias TORCH: rubéola IgM 2,7 e IgG elevada (~1800), repetidas com valores semelhantes. Doente sem vacinação VASPR. PCR para rubéola no LCR negativa. EEG: lentificação difusa (~7 Hz), pouco reativa, compatível com disfunção cortical ligeira inespecífica. Sob terapêutica de suporte, recuperou rápida e completamente para o estado basal.

Discussão: Este caso ilustra uma encefalopatia febril com fenótipo focal transitório e investigação inicial negativa, onde a hipótese de rubéola emergiu pela anamnese epidemiológica. Em adultos, IgM pode refletir falsos positivos/reacção cruzada; PCR no LCR negativa diminui probabilidade, sobretudo sem exantema e sem achados imagiológicos típicos, no entanto não exclui o diagnóstico pela sua baixa rentabilidade. A abordagem “top-tier” é confirmar por metodologia de referência e/ou documentar dinâmica serológica, evitando iatrogenia quando a evolução clínica é favorável, mas mantendo vigilância neurológica.

POA 65

DERMATOMIOSITE ANTI-MI2+: A GRAVIDADE NO ESPECTRO DO BOM PROGNÓSTICO

Mariana Matos Santana; Maria Luísa Olim; Miguel Fidalgo;
Mafalda Santos; Mónica Teixeira
Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

Introdução: A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática caracterizada por fraqueza muscular proximal e manifestações cutâneas típicas. O anticorpo anti-Mi2 está habitualmente associado a lesões cutâneas exuberantes e boa resposta à corticoterapia. Contudo, formas graves com atingimento esofágico e rabdomiólise marcada representam um desafio terapêutico.

Caso clínico: Homem de 61 anos, com antecedentes de hipertensão, diabetes tipo 2 e obesidade, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de 3 meses de evolução de astenia, perda ponderal de 11 kg e quedas. Ao exame físico, apresentava sinal do xaile, sinal de Gottron discreto e eritema periungueal. Analiticamente com rabdomiólise (CK 7197 U/L, mioglobina 2645.7 ng/mL). Internado para estudo etiológico. Durante o internamento com progressão para disfagia para sólidos e tetraparesia de predomínio proximal (grau 3-4). Do estudo etiológico destaca-se ANA 1/1280 (padrão nuclear mosqueado) e anticorpos anti-Mi2 (alfa e beta) positivos. O eletromiograma confirmou processo miopático grave e a biópsia do deltoide foi compatível com DM (atrofia perifascicular e necrose). O rastreio de neoplasia oculta, incluindo PET-CT, foi negativo.

Pela gravidade do quadro e persistência da disfagia G2-3, foram várias as linhas terapêuticas: prednisolona (1 mg/Kg/dia), pulsos de metilprednisolona (1g/dia, 3 dias), imunoglobulina intravenosa (0,4g/kg/dia durante 5 dias) e, por fim, um ciclo de rituximab (2 doses de 1g com 2 semanas de intervalo). Após terapêutica com rituximab, verificou-se melhoria progressiva da rabdomiólise e da força, mantendo-se em programa de reabilitação intensiva à data da alta. Atualmente seguido em CE, com força muscular global recuperada (4/5) e já sem disfagia, sob terapêutica de manutenção com prednisolona 5mg e programado rituximab semestral.

Discussão/Conclusão: Este caso ilustra a heterogeneidade clínica das miopatias inflamatórias. Embora a presença de anti-Mi2 sugira um prognóstico favorável, a gravidade da disfagia e rabdomiólise obrigaram a uma escalada terapêutica com rituximab. Reforça-se a importância do reconhecimento dos sinais cutâneos para o diagnóstico atempado e a necessidade de uma abordagem agressiva em formas graves da doença.

POA 66

MIOPATIA E MIOCARDITE: SÍNDROME ANTSSINTETASE ANTI-ZO

André Santos; João Horta Antunes; Sara Frazão De Brito; Ana Soares; Telma Cabral; João Espírito Santo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A síndrome antissintetase (SAS) é uma variante rara de miosite idiopática inflamatória, associada a autoanticorpos contra aminoacil-tRNA-sintetases. Caracteriza-se por fraqueza muscular, artralgias inflamatórias, rash (*mechanics hands* ou livedo), febre, disfunção pulmonar e/ou miocardite em até 20-30% dos casos.

A prevalência é baixa (<1/100.000), afetando predominantemente adultos >50 anos. Os critérios diagnósticos combinam positividade para anticorpos, manifestações clínicas e exclusão de outras etiologias. A sorologia é altamente específica (sensibilidade 70-90% para anti-Zo).

Caso clínico: Homem de 74 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia doença cerebrovascular. Inicia quadro de 1 mês de duração com fraqueza muscular progressiva (proximal), perda ponderal (~5kg), artralgias inflamatórias, rash cutâneo disseminado e febre isolada. Analiticamente com rabdomiólise (CK-2937U/L; mioglobina-4621ng/mL), disfunção renal aguda (Cr até 3,68mg/dL), citólise hepática e elevação persistente de troponina (~470ng/L).

Do restante estudo etiológico destaca-se imunologia compatível com SAS: ANA 1:160, ENA com anti-Zo 3+ (anti-Jo-1/PL-7/PL-12 negativos) e ausência de Mi-2/TIF1-γ/MDA5. RM cardíaca que revelou edema miocárdico compatível com miocardite. Estudo infeccioso e neoplásico negativo.

Inicialmente sob corticoterapia (1mg/kg) com resposta insuficiente, seguido de pulsos de Metilprednisolona 1g/dia e Imunoglobulina IV.

Dada a persistência de atividade inflamatória com medidas prévias e afeção cardíaca comprovada, realizou Rituximab com melhoria clínica e laboratorial, recuperação funcional e descida sustentada de CK e troponina.

Discussão: Este caso evidencia uma apresentação sistêmica grave de SAS com heterogeneidade fenotípica associada. Anti-Zo associa-se a miopatia grave, miocardite (10-20%) e menor intersticiopatia pulmonar ao contrário da positividade anti-Jo1.

O diagnóstico exigiu exclusão de etiologia infecciosa/neoplásica e enfatiza o papel da sorologia precoce em quadros de miosite.

Resposta laboratorial/clínica (CK/troponina descendentes) valida abordagem terapêutica, pela afeção cardiovascular elevada com prognóstico reservado em idosos (mortalidade 20% a 5 anos por miocardite/recorrência).

POA 67

UM CASO DE “DROP NECK” E RABDOMIOLISE REFRACTÁRIA

Ines Correia¹; Sofia Ramos¹; Joana Amado²; Umbelina Caixas¹
¹ULS São José, Medicina Interna; ²ULS São José, Pneumologia

A síndrome de overlap entre polimiosite e esclerose sistêmica é rara e de diagnóstico desafiante, podendo apresentar-se inicialmente com manifestações sistêmicas que mimetizam patologia infecciosa, granulomatosa ou linfoproliferativa. O reconhecimento precoce é essencial para prevenir morbidade significativa.

Apresenta-se o caso de um homem de 60 anos, com antecedentes de psicose esquizofrênica, observado por astenia progressiva, tosse crônica, febrícula vespertina e perda ponderal significativa (14 kg em 11 meses), associadas a adenopatia axilar direita. Tinha diagnóstico recente de hepatite C, tendo iniciado tratamento com glecaprevir / pibrentasvir. Perante a persistência da sintomatologia, foi internado para estudo etiológico.

À admissão, destacava-se fraqueza muscular proximal marcada, “drop neck” exuberante e disfagia progressiva. Analiticamente apresentava velocidade de sedimentação de 76 mm/h, enzima de conversão da angiotensina elevada (640 U/L), ANA positivos (1:320) e gamapatia sérica. Perante estes achados e a sintomatologia constitucional, colocaram-se inicialmente as hipóteses de sarcoidose e doença linfoproliferativa. O estudo imagiológico revelou múltiplas adenopatias sem características suspeitas, e a biópsia guiada por ecoendoscopia brônquica excluiu doença maligna e granulomatosa.

A evolução clínica, marcada por padrão miopático e rabdomiólise persistente (CK >4000 U/L), levantou a suspeita de miopatia inflamatória autoimune. O estudo imunológico revelou positividade em títulos elevados para SSA (3+), Ro52 (2+), PM/Scl-75 (3+) e PL-7 (1+), compatível com miopatia inflamatória de overlap. A eletromiografia mostrou padrão necrosante e a biópsia muscular confirmou o diagnóstico. O rastreio de neoplasia foi negativo, tendo o quadro sido interpretado como idiopático.

Este caso ilustra uma apresentação sistêmica atípica de síndrome de overlap polimiosite/esclerose sistêmica, simulando doença granulomatosa ou linfoproliferativa. A abordagem multidisciplinar precoce e o início atempado de terapêutica imunossupressora permitiram franca melhoria clínica e bioquímica.

POA 68

PERICARDITE RECORRENTE EM JOVEM COM DOENÇA DE SJÖGREN PRIMÁRIA

Carolina R. Oliveira; Cristiana Fernandes; Laura Oliveira Cainé; Gabriela Paulo; Alexandra Leitão; Paula Felgueiras

ULS Barcelos/Esposende

Introdução: A Doença de Sjögren é uma doença autoimune sistêmica predominantemente glandular, mas com potenciais manifestações extraglandulares. O envolvimento cardíaco é raro, sendo a pericardite a forma clínica mais frequente. A sua recorrência em doentes jovens levanta desafios diagnósticos, incluindo a necessidade de excluir sobreposição com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).

Caso clínico: Homem, 23 anos, com diagnóstico de Doença de Sjögren há 5 anos (ANA >1/1000 mosqueado, FR+, anti-SSA e anti-SSB +; biópsia de glândulas salivares menor com sialoadenite crônica), medicado com hidroxicloroquina. Antecedente de pericardite aguda há 2 anos, tratada com colchicina e AINE. Recorre ao SU por febre e dor torácica de características pleuríticas com 6 dias de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável, febril e taquicárdico. ECG com ritmo sinusal e infra-PR difuso, sem supra-ST. Analiticamente com PCR 17 mg/L, marcadores cardíacos e estudo infeccioso negativos. AngioTC excluiu TEP, evidenciando fina lâmina de derrame pericárdico. Ecocardiograma sem compromisso hemodinâmico (FEVE 58%). Posto isto, assumiu-se pericardite aguda em contexto autoimune, iniciando colchicina e ibuprofeno. Realizou ainda RM cardíaca que revelou fina lâmina de derrame pericárdico e realce tardio circunferencial residual, compatível com pericardite subaguda em resolução, sem sinais de constrição ou envolvimento miocárdico. A avaliação para LES mostrou anti-dsDNA e anti-Smith negativos, complemento normal, sem manifestações hematológicas, renais ou cutâneas típicas, não cumprindo critérios EULAR/ACR 2019, permanecendo com diagnóstico de Doença de Sjögren primário. Após início de terapêutica dirigida apresentou resolução da febre e melhoria dos parâmetros inflamatórios.

Discussão: Este caso ilustra uma manifestação cardíaca rara da Doença de Sjögren. A pericardite, embora incomum, é a forma de envolvimento cardíaco mais frequente nesta doença. Destaca-se a importância de excluir sobreposição com LES, particularmente em doentes jovens com pericardite recorrente. Este caso reforça a necessidade de vigilância a longo prazo de complicações extraglandulares.

POA 69

EMBOLIA PARADOXAL COMO CAUSA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA

Inês Duro; Beatriz Luís Lopes; Carolina Silva Câmara; Fátima Cereja; Maria Guilherme Muchata; António Marinho
Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: A síndrome antifosfolipídica (SAF) é uma trombofilia autoimune caracterizada por manifestações trombóticas arteriais e venosas, entre outras, que, em casos raros, se podem apresentar concomitantemente; contudo, esta associação pode mascarar outros mecanismos subjacentes, nomeadamente, a embolização paradoxal na presença de *foramen ovale* patente (FOP), um defeito anatômico remanescente de uma comunicação interauricular fisiológica fetal.

Caso clínico: Homem de 32 anos, antecedentes de tabagismo e dislipidemia, admitido por angor, tendo-se confirmado enfarte agudo do miocárdio (EAM), com coronariografia emergente a revelar volumoso trombo no terço proximal da descendente anterior. Idade jovem e ausência de doença coronária aterosclerótica significativa a motivar estudo de etiologia não aterotrombótica, tendo sido subsequentemente diagnosticado SAF e iniciada hipocoagulação de acordo, com evolução favorável. Revisão do processo clínico *a posteriori* identificou descrição de enfarte pulmonar sugestivo de tromboembolismo pulmonar contemporâneo ao EAM, em tomografia computadorizada não dirigida. Perante a ocorrência concomitante de eventos arterial e venoso, levantada suspeita de embolia paradoxal, tendo vindo a confirmar-se FOP com shunt direito-esquerdo. Atendendo ao risco significativo de novo evento paradoxal em doente com SAF, optou-se pelo encerramento percutâneo do FOP, realizado sem intercorrências. Mantém seguimento sob hipocoagulação, sem novos eventos.

Discussão: Este caso ilustra, primeiramente, a importância de alargamento de estudo etiológico perante lesões coronárias isoladas em jovens, e, segunda, a necessidade de elevado grau de suspeição para embolia paradoxal em doentes com fenómenos tromboembólicos arteriais e venosos contemporâneos, mesmo após um diagnóstico de SAF. A identificação do FOP teve implicações prognósticas e terapêuticas relevantes, permitindo intervenção dirigida para redução do risco de recorrência.

POA 70

ANOREXIA NERVOSA OU DOENÇA SISTÊMICA? UM CASO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NUMA DOENTE JOVEM

Maria João Costeira Pereira; Alexandra Mendes;
Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Pedro Jordão de Freitas;
Pedro Martins Gonçalves
Hospital de Braga

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica de apresentação clínica heterogénea. Sintomas constitucionais e manifestações neuropsiquiátricas podem mimetizar patologia psiquiátrica, conduzindo a atraso diagnóstico. Apresenta-se um caso de LES com envolvimento multiorgânico cuja apresentação inicial foi interpretada como perturbação alimentar.

Caso clínico: Mulher, 32 anos, saudável. Primeiro contacto com cuidados de saúde em 2024 por ansiedade e perda ponderal, diagnosticada com anorexia nervosa. Em novembro de 2025 recorreu ao SU por anorexia, astenia, poliartralgias, edema de mãos e tornozelos após síndrome viral autolimitado. Analiticamente apresentava anemia (Hb 8,5 g/dL), tendo iniciado prednisolona. Por persistência das queixas recorre ao SU em janeiro de 2026, sendo encaminhada para psiquiatria por suspeita de agravamento de anorexia nervosa, hipótese posteriormente excluída. No SU apresentava febre, emagrecimento (IMC 16,1), xerofthalmia, xerostomia e marcha de base alargada com desequilíbrio. TC toraco-abdomino-pélvica com derrame pleural e pericárdico, motivando internamento para estudo de síndrome poliarticular e constitucional. Analiticamente com ANA 1/2560, anti-dsDNA 381, anti-SSA/SSB positivos, anemia hipoproliferativa, Coombs direto IgG +, linfopenia e VS 141 mm/h. RM cerebral evidenciou múltiplos focos isquémicos, incluindo cerebelosos, sugestivos de vasculite. Radiografia das mãos com alterações não erosivas compatíveis com artrite lúpica. Biópsia renal revelou nefropatia lúpica classe III. Por aparecimento de lesões palpebrais foi avaliada pela oftalmológica que identificou esclerite difusa setorial. Estabelecido diagnóstico de LES com envolvimento hematológico, seroso, neurológico, renal e ocular. Iniciou pulsos de metilprednisolona, hidroxiclороquina e ciclofosfamida.

Discussão: Este caso evidencia a heterogeneidade clínica do LES e o potencial de mimetismo com patologia psiquiátrica. Destaca-se pelo envolvimento do sistema nervoso central, rim e olho, manifestações associadas a maior gravidade e necessidade de terapêutica imunossupressora intensiva. O reconhecimento precoce de apresentações atípicas é essencial para evitar atraso diagnóstico/prevenção de danos irreversíveis.

POA 71

FENÓMENO DE RAYNAUD COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE SÍNDROME ANTISINTETASE

Olga Capontes¹; Luís Filipe Couto²; Catarina Faustino³;
Olga Araújo⁴

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz;
²Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães; ³Centro Hospitalar de S. João, EPE; ⁴Hospital Clínic Barcelona

Introdução: A síndrome antissintetase (SAS) constitui uma entidade clínica pertencente ao grupo heterogéneo das miopatias inflamatórias idiopáticas, caracterizada pela presença de autoanticorpos dirigidos contra diferentes aminoacil-tRNA sintetases. Clinicamente, associa-se a miopatia inflamatória e a manifestações extramusculares, nomeadamente doença pulmonar intersticial (DPI), artrite inflamatória, “mãos de mecânico”, e fenómeno de Raynaud, raramente manifestação inaugural.

Caso clínico: Mulher de 39 anos, fumadora ativa (atualmente 5 cigarros/dia), com antecedentes de consumo de álcool e cocaína até aos 37 anos, avaliada em consulta por fenómeno de Raynaud bifásico com dois meses de evolução, complicado há cerca de três semanas por úlceras digitais dolorosas no 2.º dedo da mão direita e nos 2.º e 3.º dedos da mão esquerda, refratárias a tratamento com nifedipina 30 mg/dia e AAS 100 mg/dia. Referia artralgias nas pequenas articulações das mãos e punhos com vários meses de evolução. Analiticamente apresentava anemia ligeira (Hb 11,3 g/dL) e elevação de parâmetros inflamatórios (VSG 39 mm/h; PCR 2,6 mg/dL). O estudo imunológico revelou ANA positivos (título 1:60; padrão nuclear AC-4 e citoplasmático AC-19), com anti-Ro52 e anti-PL12 fortemente positivos, fator reumatoide e PR3 positivos. Crioglobulinas e anticorpos antifosfolípidos negativos. A capilaroscopia revelou alterações compatíveis com padrão esclerodermiforme precoce. Foi mantido tratamento com nifedipina e AAS, associando-se nitroglicerina tópica e um ciclo curto de corticoterapia oral, com melhoria clínica progressiva e resolução das úlceras digitais. A doente, não apresenta, até à data, evidência de miosite ou DPI.

Discussão: Este caso reforça a importância de manter elevado grau de suspeição clínica perante quadros clínicos incompletos ou com possíveis apresentações inaugurais atípicas, permitindo um diagnóstico precoce. Neste caso, a identificação de anti-PL12 sustentou o diagnóstico de SAS, sendo que estes anticorpos se associam frequentemente a DPI e a menor envolvimento muscular. A positividade para PR3, pode ser interpretada no contexto de consumo prévio de cocaína e reforça a necessidade de considerar fenómenos imunomediados potencialmente induzidos por tóxicos.

POA 72

HEPATOESPLENOMEGALIA MACIÇA: UM MIMETISMO LINFOPROLIFERATIVO

Carolina De Almeida Robalo; Ana Santos Costa; Miguel Rodrigues; Mónica Côrte-Real; Letícia Garcia Naben; Pedro Carreira; Susana Marques

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica de etiologia desconhecida. Apesar do envolvimento hepático ser frequente histologicamente, a hepatosplenomegalia clinicamente significativa é incomum e pode simular patologia infecciosa ou linfoproliferativa. Os autores trazem o caso de uma mulher de 45 anos, natural de Angola e residente em Portugal, com 10 meses de dor abdominal, anorexia, perda ponderal e síndrome constitucional. Analiticamente apresentava anemia microcítica, padrão colestático de lesão hepática, hipercalcémia e défice de folato. A imagiologia revelou hepatosplenomegalia maciça, adenopatias abdominais e hilares bilaterais.

A investigação infecciosa e hematológica exaustiva, incluindo rastreio de tuberculose, serologias virais, técnicas de PCR e biópsia osteomedular, foi negativa. A biópsia hepática evidenciou granulomas epitelioides não caseosos, sem identificação de microrganismos. A elevação da enzima conversora da angiotensina e a exclusão de etiologias infecciosas e linfoproliferativas sustentaram o diagnóstico de sarcoidose multissistémica. O tratamento com prednisolona foi iniciado, tendo sido complicado por psicose induzida por corticóide, com necessidade de terapêutica antipsicótica e redução progressiva da dose. Introduziu-se metotrexato como agente poupador de corticóide. Dada exposição prévia ao vírus da hepatite B, iniciou-se profilaxia antiviral com tenofovir antes da imunossupressão sustentada. Observou-se melhoria clínica e laboratorial progressiva, mantendo-se atualmente estável sob baixa dose de corticoterapia e metotrexato.

Este caso ilustra o desafio diagnóstico da hepatite granulomatosa em contextos de elevada carga infecciosa e evidencia as complexidades terapêuticas associadas à imunossupressão e risco de reativação viral.

POA 73

DISFAGIA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO DE HIPOFOSFATEMIA: UM DIAGNÓSTICO REVERSÍVEL

Inês Santos Graça; Helena Estevão-Pereira; Beatriz L. Andrade; Ana P. Ferro

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A disfagia progressiva associada a síndrome constitucional levanta habitualmente suspeita de patologia maligna, neurológica ou sistémica. Contudo, alterações metabólicas podem condicionar disfunção neuromuscular significativa e mimetizar doença estrutural. A hipofosfatemia grave é uma causa rara e potencialmente reversível, de miopatia e disfagia, fre-

quentemente subdiagnosticada, sobretudo quando associada a síndromes tubulares proximais.

Caso clínico: Homem de 59 anos, CFS 5, com múltiplas comorbilidades incluindo cardiopatia isquémica, refluxo gastroesofágico, parésia bilateral das cordas vocais e infeção crónica por VHB sob tenofovir. Internado por síndrome constitucional com 6 meses de evolução (perda ponderal ~20%) e disfagia progressiva para sólidos e líquidos, associados a episódios de engasgamento e disfonia. Analiticamente destacava-se hipofosfatemia grave, hipouricemia e proteinúria tubular, compatível com síndrome de Fanconi secundária a tenofovir, que foi suspenso. Estudo etiológico exaustivo (TC-CTAP, endoscopia, serologias e autoimune) excluiu causa neoplásica, infecciosa ou sistémica. Avaliação por ORL e Neurologia com exclusão de etiologia estrutural ou neurológica para a disfagia. Iniciou suplementação de fósforo endovenosa e oral, com normalização dos níveis e melhoria clínica progressiva. Observou-se recuperação da deglutição e da mobilidade das cordas vocais, permitindo reinício de dieta oral com apoio de terapia da fala.

Discussão/Conclusão: Este caso ilustra a importância de considerar causas metabólicas na abordagem da disfagia, em doentes frágeis com síndrome constitucional. A associação a síndrome de Fanconi induzida por tenofovir reforça a importância da iatrogenia medicamentosa na avaliação do doente consumptivo. Após exclusão de outras etiologias, a correção da hipofosfatemia resultou em reversibilidade clínica, sustentando o seu papel causal. Este caso realça a importância da abordagem multidisciplinar e o impacto clínico de alterações metabólicas potencialmente tratáveis.

POA 74

CRISE PARATIROIDEIA POR ADENOMA: DO RISCO VITAL À SÍNDROME DE HUNGRY BONE

Sara Alves Morais; Inês Ferreira Maia; Ana Ruivo; Ruben Reis; Maria Do Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: O hiperparatireoidismo primário manifesta-se raramente como crise paratiroideia, uma emergência caracterizada por hipercalcemia grave e disfunção multissistémica. Clinicamente a hipercalcemia pode apresentar-se com alterações neurocognitivas, mimetizando quadros demenciais. O tratamento definitivo é cirúrgico, mas a estabilização clínica pré-operatória e a gestão das complicações pós-operatórias, como a síndrome de *hungry bone*, são fundamentais.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, com antecedente de quistectomia da tireoide. Admitida por astenia, anorexia e obstipação com agravamento progressivo. Analiticamente: hipercalcemia maligna (Ca corrigido 18,5 mg/dL, valor referência (v. r.) 9.0-10.2), hipocaliémia grave (K 2,0 mmol/L), défice de vitamina D (17,2 ng/mL v.r. <20) e hormona paratiroideia (PTH) elevada (2411,8 pg/

mL, v.r 15-68.3). Eletrocardiograma com bloqueio aurículo-ventricular de primeiro grau e prolongamento do intervalo QTc (523 ms). Ecograficamente identificou-se um nódulo sólido de 3 cm adjacente ao lobo direito da tireoide com exuberante vascularização.

A estabilização inicial exigiu hidratação vigorosa, reposição de potássio, administração de ácido zoledrónico e cinacalcet. Após melhora parcial, a doente manteve necessidade de internamento prolongado por hipocalcemia de difícil correção e episódios de agitação psicomotora. Submetida a paratiroidectomia inferior direita e hemitiroidectomia em bloco com confirmação anatomopatológica de adenoma da paratiroides. No pós-operatório imediato, a descida abrupta da PTH (de 577 para 45 pg/mL) condicionou uma síndrome de *hungry bone*, com hipocalcemia persistente que exigiu suplementação com cálcio e calcitriol. Na última reavaliação com normalização dos valores de cálcio e potássio e franca recuperação da autonomia e do estado cognitivo.

Discussão: O caso sublinha o desafio diagnóstico da crise paratiroideia. A dimensão exuberante do adenoma e a hipercalcemia grave impuseram uma estratégia farmacológica agressiva. A síndrome de *hungry bone* pós-operatória era expectável dada a magnitude do hiperparatiroidismo, reforçando a importância da vigilância metabólica apertada. A resolução total do quadro clínico após cirurgia confirma a eficácia da abordagem multidisciplinar nesta patologia endócrina grave.

POA 75

TROMBOEMBOLIA PULMONAR POR HIPERVISCOSIDADE: UMA COMPLICAÇÃO IATROGÉNICA DA SÍNDROME DE KLINEFELTER

Rita Pato-Rosa; Maria Morais; Sara Bravo; Raquel M. Vieira; Bárbara Paracana

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A Síndrome de *Klinefelter* (SK) associa-se a hipogonadismo, sendo a terapia de substituição com testosterona o tratamento de eleição. Contudo, a sua administração pode induzir poliglobulia, aumentando o risco trombótico por hiperviscosidade. Este caso alerta para uma complicação potencialmente grave, cuja prevenção depende da monitorização rigorosa do hematócrito.

Caso clínico: Homem de 61 anos, com SK em terapêutica com testosterona e antecedentes de poliglobulia controlada por flebotomias, apresentou dispneia súbita e toracalgia pleurítica. As análises mostraram hemoglobina 18,5 g/dL, hematócrito 54,5%, D-dímeros e PCR elevados. A TC torácica com contraste evidenciou tromboembolia pulmonar na bifurcação da artéria pulmonar direita, estendendo-se aos ramos lobares, com áreas de consolidação compatíveis com sobreinfecção bacteriana. Iniciaram-se medidas de suporte, antibioterapia empírica e anticoagulação com enoxaparina. Após exclusão de causas infecciosas, paraneoplásicas, autoimunes e

trombofilias, assumiu-se TEP em contexto de poliglobulia iatrogénica. Redefiniu-se o hematócrito-alvo e realizaram-se flebotomias fracionadas, com boa evolução clínica e laboratorial. A infeção foi controlada e o doente prosseguiu anticoagulação com DOAC no domicílio.

Conclusão: Este caso evidencia o risco de TEP associado à poliglobulia iatrogénica por testosterona. Apesar de incomum, reforça a necessidade de monitorização rigorosa do hematócrito e de ajuste do alvo terapêutico. A abordagem multidisciplinar entre Imuno-Hemoterapia, Endocrinologia e Medicina Interna é essencial para prevenir, detetar precocemente e gerir adequadamente eventos trombóticos em doentes com SK submetidos a terapia androgénica.

POA 76

ALCAPTONÚRIA – UMA CAUSA RARA DE ARTRALGIAS

Daniela Capela Pereira; Beatriz Câmara Lourenço; Renata Maçano; Guido Duarte; Fábio Murteira; João Miranda
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: A alcaptonúria é uma doença do metabolismo dos aminoácidos fenilalanina e tirosina de transmissão autossómica recessiva, decorrente da deficiência da enzima homogentisato 1,2-dioxigenase. Resulta na acumulação de ácido homogentísico que se deposita nos tecidos conjuntivos (ocronose).

Caso clínico: Mulher de 53 anos, antecedentes de hipotireoidismo e dislipidemia. Referenciada à consulta por suspeita de alcaptonúria após observação intraoperatória de pigmentação escura dos tecidos cartilágneos durante artroplastia do joelho.

A doente apresentava artralgias generalizadas de ritmo mecânico com início na terceira década de vida, com evolução para incapacidade funcional da marcha por gonalgia bilateral progressiva. Referia na infância coloração escura da urina na fralda e em adulta pigmentação azulada do pavilhão auricular. Ao exame Objetivo, objetivada coloração azul-acinzentada característica no pavilhão auricular, gengiva, escleróticas e unhas.

Do estudo complementar a destacar estudo imunológico negativo; quantidade massiva de ácido homogentísico no estudo de ácidos orgânicos urinários; identificação da variante missense c.1102A>G em homozigotia no gene HGD, compatível com diagnóstico de alcaptonúria.

Do estudo de complicações, apresentava artropatia ocrónica difusa, sobretudo de grandes articulações com necessidade de artroplastia bilateral dos joelhos e dor não controlada; litíase renal não obstrutiva, hipotireoidismo, doença aterosclerótica grave; sem atingimento cardíaco valvular.

Discussão: A tríade de urina escurecida pela oxidação, pigmentação escura tecidual e artropatia generalizada precoce deve motivar a investigação de alcaptonúria. Dado o antígono multissistémico, deve ser rea-

lizada a vigilância de complicações cardiovasculares, endócrinas, articulares e renais. A confirmação diagnóstica permite a instituição da nitisinona, terapêutica atualmente disponível para esta patologia.

POA 77

DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA – UMA CAUSA DE HIPONATRÉMIA OU DE HIPERNATRÉMIA?

Bernardo Ribeiro Bento; Afonso Gaspar; Beatriz R. Pereira; Marta Moitinho; Ascension Lopez; Vera Beato

Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa

Introdução: A hipernatremia é um distúrbio hidroeletrólítico decorrente da perda de água livre ou, menos frequentemente, da sobrecarga de sódio (Na⁺). Entre as suas causas destacam-se perdas extrarrenais (digestivas, cutâneas), diurese osmótica e diabetes insípida central ou nefrogénica (DIN). A DIN é relativamente comum na sua forma ligeira, mas rara nas formas clinicamente significativas (poliúria >3L/dia). O lítio é uma causa frequente de DIN, sobretudo em tratamentos crónicos ou em contexto de intoxicação.

Caso clínico: Mulher, 61 anos, antecedentes de doença bipolar sob lítio (1.2g/dia). Admitida no Serviço de Urgência por tremores generalizados, tonturas e ingesta hídrica de 4-5L/dia de água. Na avaliação laboratorial inicial apresentava hiponatremia (130mmol/L) com diminuição moderada da função renal (TFGe 48mL/min/1.73m²) e litemia de 3.6mmol/L. Admitida intoxicação por lítio. Doente discutida com a Nefrologia e sem critérios para realizar hemodiálise nessa fase. O lítio foi suspenso e iniciada hidratação endovenosa. No 4º dia de internamento, além da polidipsia, iniciou poliúria, agitação psicomotora associada a hipernatremia hiperosmolar grave (166mmol/L), urina diluída (195mOsm/Kg) e hiperosmolaridade plasmática (353mOsm/Kg). Solicitou-se o doseamento de copeptina e iniciou desmopressina, embora com resposta parcial - normalização do Na⁺ com persistência da osmolaridade urinária baixa e poliúria. Deste modo, suspendeu a desmopressina e iniciou hidroclorotiazida, com melhoria clínica progressiva e normalização do Na⁺. A copeptina aumentada confirmou o diagnóstico de DIN.

Discussão: A hipernatremia reflete um défice relativo de água corporal em relação ao Na⁺ total. A DIN induzida pelo lítio resulta da disfunção da aquaporina-2 no túbulo coletor, com resistência à ação da vasopressina e perda de água livre. Como neste caso, verifica-se, numa fase inicial, hiponatremia dilucional por ingesta hídrica excessiva. Com a progressão da disfunção tubular, predomina a perda de água não compensada, levando a défice hídrico corporal total e hipernatremia hiperosmolar grave. O reconhecimento precoce é fundamental para prevenir complicações neurológicas e lesão renal permanente.

POA 78

O PREÇO METABÓLICO DO SUCESSO BARIÁTRICO: UM CASO DE SÍNCOPE RECORRENTE

Inês Albernaz Moreira; Miguel Oliveira; Ricardo Raposo; Carolina Silva Câmara; Liliana Carneiro

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: A hipoglicemia pós-bypass gástrico constitui uma complicação tardia reconhecida, frequentemente associada a hiperinsulinismo pós-prandial e síndrome de dumping tardio. Pode manifestar-se com sintomas neuroglucopénicos e síncope, e assim mimetizar eventos neurológicos agudos.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, com antecedentes de bypass gástrico complicado com hipoglicemias pós-bypass. Recorre ao Serviço de Urgência por síncope, com glicemia documentada de 51 mg/dL. Após recuperação, apresenta défice motor e sensitivo à esquerda. Realiza Tomografia computadorizada crânio-encefálica, sem evidência de lesões agudas. Realiza trombólise e após mantém apagamento do sulco nasogeniano esquerdo e hipostesia do hemicorpo esquerdo. Para esclarecimento do quadro, faz Ressonância Magnética cerebral que exclui Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo. Durante o internamento, apresenta múltiplas hipoglicemias, com estudo analítico sugestivo de hiperinsulinismo pós-bariátrico/dumping tardio. Reinicia acarbose antes das refeições, com melhoria clínica e sem novas hipoglicemias. Concomitantemente, apresenta vários episódios de bradicardia sinusal noturna, sem pausas ou arritmias significativas, concluindo-se o diagnóstico de síncope não arritmica e por provável mecanismo reflexo/pós-prandial, enquadrado em disautonomia pós-bariátrica.

Discussão: Este caso mostra a importância do diagnóstico diferencial de défices neurológicos e síncope. Os sintomas neuroglucopénicos da hipoglicemia podem mimetizar défices neurológicos observados no AVC, pelo que esta situação deve ser excluída na presença destes, para a evitar estudo e terapêuticas desnecessárias. A síncope recorrente em doentes pós-bypass gástrico deve levantar suspeita de hipoglicemia hiperinsulinémica e disautonomia, sobretudo quando coexistem sintomas autonómicos e ausência de lesão neurológica aguda ou causa cardíaca. A abordagem multidisciplinar é essencial para diagnóstico correto e prevenção de intervenções desnecessárias.

POA 79

PEQUENAS SURPRESAS E UMA SÍNDROME RARA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Cláudia C. Sousa

Hospital Dr. Nélio Mendonça

O diagnóstico etiológico é um processo complexo e desafiador. A apresentação fenotípica nem sempre é compatível com os achados no genótipo e o mesmo acontece em sentido oposto. Assim, é necessária uma

elevada suspeição clínica para se considerarem síndromes raras, particularmente quando não surge uma evolução clássica.

Apresentamos o caso de um indivíduo de 43 anos com antecedentes pessoais de displasia mieloide e doença hepática crónica alcoólica. O doente foi internado com o diagnóstico de síndrome febril indeterminado e, no estudo etiológico, realizou múltiplos exames complementares de diagnóstico. Neste seguimento, verificou-se uma pancitopenia e uma significativa lipomatose pancreática difusa, com substituição virtualmente completa do parênquima pancreático. Considerando os antecedentes, constatou-se haver baixa probabilidade de pancreatite alcoólica por ausência de calcificações no exame de imagem, pelo que se consideraram outras etiologias, tais como doenças metabólicas, fibrose quística e síndrome de Shwachman-Diamond (SDS). As primeiras revelaram-se negativas e, através do estudo genético, detetou-se a presença de duas mutações em heterozigotia no *gene SBDS*. Assim, pelo conceito de heterozigoto composto, confirmou-se SDS tipo 1.

A SDS é a segunda causa mais comum de insuficiência exócrina pancreática. É de transmissão autossómica recessiva e a maioria dos doentes apresenta heterozigotia composta para duas variantes patogénicas do *gene SBDS*. A tríade de sintomas caracteriza-se pela disfunção pancreática, anomalias esqueléticas e distúrbios medulares. Trata-se de uma síndrome rara, com incidência de 1 em cada 75 000 indivíduos, geralmente manifesta na infância. O prognóstico é reservado e, apesar da ausência de cura, a maioria dos doentes necessita de tratamento dos sinais e sintomas.

Este caso clínico salienta a importância da visão holística do doente, com integração de todos os dados clínicos de forma a identificar a etiologia mais provável do quadro clínico.

POA 80

CATARATAS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA DO PULMÃO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Luísa Marques; Rita Ribeiro Vilar; Ana Rita Tomás; Jéssica Oliveira; Constança Coutinho; Clara Matos
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: O síndrome de Cushing causado pela produção ectópica de ACTH em contexto tumoral é uma entidade pouco frequente e que se apresenta com sintomas pouco comuns, dificultando o seu diagnóstico atempado e correlacionando-se com uma maior mortalidade.

Caso clínico: Homem de 71 anos, autónomo, que recorreu ao serviço de urgência por queixas de perda de acuidade visual, tendo sido detetada catarata bilateral de novo. Associadamente, identificou-se hipertensão arterial não controlada, diabetes mellitus inaugural e uma hipocaliémia grave e refratária a reposição en-

dovenosa de potássio. Foi internado para investigação, destacando-se hipercortisolémia sem resposta ao teste de supressão com dexametasona, que confirmou síndrome de Cushing. Na TC de corpo, detetou-se uma massa no pulmão com secundarização hepática, peritoneal, suprarrenal e coroideia. A biópsia da massa pulmonar confirmou carcinoma de pequenas células do pulmão em estadio IV. O doente iniciou metirapona para controlo do hipercortisolismo, mas acabou por falecer um mês depois do diagnóstico, antes de ser possível iniciar terapêutica oncodirigida.

Conclusão: O caso apresentado ilustra uma apresentação atípica de carcinoma de pequenas células do pulmão, em que a síndrome de Cushing por produção ectópica de ACTH constituiu a manifestação inicial, na ausência de sintomas respiratórios ou sistémicos sugestivos de neoplasia. Destaca-se o mau prognóstico associado a esta entidade, com rápida deterioração clínica.

POA 81

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR POR LINFOMA MEDIASTÍNICO: O DESAFIO DIAGNÓSTICO

Francisco Miguel Marujo Pinheiro; Rosario Calado; Mariana Pinheiro; José Melo; Susana Loureiro; Catarina Abreu; Rita Borges; Ana Luísa Azevedo; Isabel Apolinário; Filipa Silva; Guilherme Castro Gomes
Hospital de Braga

Introdução: O linfoma B primário do mediastino (LBPM) é um subtipo raro de linfoma não-Hodgkin, representando 2-4% dos casos. Predomina em mulheres jovens e apresenta-se como massa mediastínica volumosa, podendo causar síndrome da veia cava superior (SVCS). O reconhecimento precoce é fundamental para o tratamento atempado.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por tosse irritativa, dispneia e edema facial com 2-3 semanas de evolução, com fácies pletórica matinal e telangiectasias torácicas de novo. A clínica foi inicialmente interpretada como reação alérgica. Ao exame Objetivo: edema facial, periorbitário e cervical, sem cianose. Analiticamente: hemoglobina 12,2 g/dL, plaquetas 239000/μL, LDH 258 U/L, VS 22 mm; marcadores tumorais (AFP, CEA, beta-HCG) e VIH negativos. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou massa no mediastino anterior de 7×6 cm com invasão dos troncos venosos braquiocéfálico e da VCS, adenopatias paratraqueais (até 2,3 cm) e parésia frénica direita. A PET-TC confirmou massa intensamente hipermetabólica (SUVmax 21,8) sem outras lesões. Realizou biópsia percutânea guiada por radiologia de intervenção e iniciou hipocoagulação com enoxaparina pelo SVCS grau 1. O resultado histológico confirmou LBPM, estadio IV. Iniciou R-CHOP (debulking) e depois R-DA-EPOCH dose escalonado, completando 6 ciclos. A PET intermédia após C4 revelou resposta metabólica (Deauville Sco-

re 3). Alta medicada com apixabano e seguimento em Hematologia Oncológica.

Discussão: Este caso ilustra a importância de considerar o LBPM no diagnóstico diferencial de SVCS em mulheres jovens. A apresentação mimética de reação alérgica sublinha a necessidade de elevada suspeição clínica, sendo o papel do internista fulcral na articulação multidisciplinar para o diagnóstico e início precoce do tratamento.

POA 82

ASCITE MALIGNA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

André Abreu; Mafalda Figueiredo; Daniela Soares Santos; Patrícia Dias; Arsénio Santos
ULS Coimbra - CHUC

Introdução: A carcinomatose peritoneal está, habitualmente, associada a neoplasias gastrointestinais ou ginecológicas, sendo rara como manifestação inicial de neoplasia pulmonar. A ausência de uma lesão pulmonar evidente pode dificultar a identificação do tumor primário e atrasar o diagnóstico e terapêutica.

Caso clínico: Mulher, 76 anos, não fumadora, recorreu ao serviço de urgência por distensão abdominal progressiva, dispneia e anorexia, tendo sido identificada ascite sob tensão, motivo pelo qual foi internada. Durante o internamento, realizou paracentese diagnóstica e múltiplas paracenteses evacuadoras de líquido sero-hemático. A TC tóraco-abdomino-pélvica evidenciou volumoso derrame peritoneal com sinais de carcinomatose peritoneal e espessamento pleural difuso esquerdo, inicialmente sugestivo de mesotelioma, sem identificação de uma massa pulmonar. O estudo citológico do líquido ascítico, em *cell-block*, revelou carcinoma com imunofenótipo compatível com origem pulmonar (TTF-1 positivo). A investigação dirigida para neoplasias primárias dos sistemas digestivo, mama e ginecológicas foi negativa. A PET-CT demonstrou envolvimento hipermetabólico pleural esquerdo e carcinomatose peritoneal com derrames neoplásicos associados. A biópsia pleural guiada por TC confirmou adenocarcinoma primário do pulmão (PD-L1 negativo). Verificou-se rápido declínio funcional, não existindo condições para terapêutica sistémica paliativa, culminando com o óbito.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação inaugural rara de neoplasia pulmonar sob a forma de ascite maligna, na ausência de uma lesão pulmonar evidente. Destaca-se o papel do estudo citológico do líquido ascítico com imunocitoquímica, bem como da abordagem multidisciplinar, na identificação do tumor primário. Perante a presença de carcinomatose peritoneal sem uma origem abdominal identificável, a neoplasia pulmonar deve integrar o diagnóstico diferencial.

POA 83

ANEMIA POR DÉFICE DE B12: UMA APRESENTAÇÃO POUCO COMUM

Ana Catarina Fernandes Alves; Ana Monteiro; Tiago Branco; Helena Oliveira; Helena Silva; Nuno Melo; Jorge Almeida
CH Sao Joao - S Joao

A vitamina B12 está envolvida no metabolismo do ácido nucléico, sendo necessária para a eritropoiese e normal funcionamento do sistema nervoso.

Homem de 35 anos, natural da Índia, vegetariano. Sem história médica prévia conhecida ou medicação habitual, recorre ao serviço de urgência por astenia e mialgias com uma semana de evolução. Sem perda ponderal, febre ou hipersudorese nocturna. No exame Objetivo descrito como descorado e subictérico. Dos exames complementares da admissão com anemia macrocítica (hemoglobina de 5.1g/dL; volume globular médio 121.1 fL) e trombocitopenia (70000/uL), leucograma sem alterações, hiperbilirrubinemia com bilirrubina total 1.76mg/dL e bilirrubina direta 0.39mg/dL, lactato desidrogenase (LDH) 7133U/L, aspartato aminotransferase 195U/L e alanina aminotransferase 62U/L. Fosfatase alcalina, mioglobina e creatinina quinase normais. Função renal e ionograma normais, estudo da coagulação normal e sem consumo de fibrinogénio.

Para estudo da anemia calculado índice reticulocitário que era baixo (0.6), pedido esfregaço de sangue periférico que não mostrou blastos mas com presença de bastantes esquizócitos (6 - 10 / Campo) e dacriócitos. Realizou ecografia abdominal que mostrou hepatomegalia esteatósica e baço com dimensões no limite superior da normalidade. Pedida cinética de ferro, vitamina B12 e ácido fólico tendo-se verificado défice grave de vitamina B12 (<83pg/mL). Pedida ainda haptoglobina que foi indetectável e teste de coombs direto que foi negativo. Iniciou suplementação de vitamina B12 evoluindo com melhoria progressiva da anemia e resolução de trombocitopenia, melhoria progressiva da LDH e normalização de bilirrubinas. Anticorpo anti-fator intrínseco e anti células parietais negativos. Fez endoscopia digestiva alta que mostrou gastrite do antro. O defice severo de vitamina B12 pode apresentar-se como anemia macrocítica severa, pancitopenia ou em casos mais graves como anemia hemolítica microangiopática associando-se a hemólise intravascular e eritropoiese ineficaz.

POA 84

OLHOS QUE NÃO VEEM, HISTOLOGIA QUE SENTE

Ricardo Pedrosa; Nicole Moura; Ana Isabel Machado; Ana Margarida Araújo; Isabel Silva; Sofia Caridade; Luísa Pinto

Hospital de Braga

Introdução: O carcinoma de células em anel de sinete é uma forma agressiva de apresentação de neoplasia, pelo que o diagnóstico e tratamento precoces são es-

senciais para o prognóstico, no entanto estes podem se tornar um desafio.

Caso clínico: Senhora com 63 anos, autônoma, com hipertensão arterial, dislipidemia, esteatose hepática e tabagismo ativo. Internada a partir da consulta externa por dispneia, astenia, anorexia, emagrecimento de 3 kilogramas e edema assimétrico do membro inferior esquerdo, com 1 mês de evolução.

De ambulatório, já com ecografia mamária, mamografia, ecografia ginecológica e endoscopias digestivas sem alterações. Na tomografia computadorizada toracoabdominopélvica do internamento com volumoso derrame pleural bilateral e lâmina de derrame pericárdico, sem massa tumoral evidente. A tomografia por emissão de positrões e broncofibroscopia, também sem alterações.

Realizada toracocentese diagnóstica, com citologia do líquido pleural a mostrar células de adenocarcinoma fenótipo intestinal. Decidido repetir estudos endoscópicos, sem evidência de malignidade, mas em biópsia “às cegas” presença de carcinoma gástrico pouco coeso de células anel de sinete. Foi encaminhada para consulta de Oncologia do grupo digestivo alto.

Discussão: Este subtipo histológico, associado a comportamento biológico agressivo e frequentemente de difícil diagnóstico endoscópico, explica a apresentação clínica pouco específica e o diagnóstico em fase avançada desta neoplasia.

POA 85

SÍNDROME TROMBÓTICO-CONSUMPTIVO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Inês Carvalho De Sousa; Catarina Reis Barão; Ana Margarida Silva; Margarida Guiomar; Gonçalo Félix; Inês Parreira; João Madeira Lopes; Patrícia Howell Monteiro; Federica Parlato; António Martins Batista

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A coagulação intravascular disseminada (CID) é uma síndrome adquirida caracterizada por ativação sistêmica da coagulação, conduzindo a coagulopatia de consumo. Associa-se a neoplasias sólidas avançadas, particularmente adenocarcinomas, constituindo uma condição grave, potencialmente fatal, cuja reversão depende do controlo da doença subjacente.

Mulher de 61 anos, fumadora, admitida no Serviço de Urgência por perda ponderal não intencional, dispneia de esforço, tosse e edema dos membros com um mês de evolução. À admissão apresentava taquicardia e insuficiência respiratória parcial. A tomografia computadorizada (TC) torácica revelou nódulo pulmonar espiculado sugestivo de neoplasia; o ecocardiograma evidenciou derrame pericárdico em pré-tamponamento, com necessidade de pericardiocentese urgente. Laboratorialmente apresentava trombocitopenia grave, prolongamento dos tempos de coagulação, elevação

de D-dímeros e hipofibrinogenemia, compatível com CID. A reavaliação imagiológica demonstrou envolvimento pleural, pericárdico e ganglionar, consolidações pulmonares infecciosas, múltiplas trombozes venosas e tromboembolismo pulmonar segmentar bilateral. A citologia do líquido pericárdico foi compatível com adenocarcinoma, assumindo-se carcinoma do pulmão de não pequenas células, não escamoso, iniciou quimioterapia de resgate. Evoluiu com hemiparesia esquerda; a TC craniana revelou múltiplas lesões isquémicas no território da artéria cerebral média direita. Verificou-se agravamento rápido com falência multiorgânica, culminando em óbito 24 horas após o início da quimioterapia. Este caso evidencia a agressividade da CID como manifestação inaugural de neoplasia pulmonar disseminada, traduzindo um estado pró-trombótico e inflamatório extremo, de difícil reversão mesmo com terapêutica dirigida. Salienta-se a importância da suspeição precoce de síndrome paraneoplásica perante coagulopatia inexplicada e eventos trombóticos múltiplos, dado que o atraso no diagnóstico pode comprometer a janela terapêutica e o prognóstico.

POA 86

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INAUGURAL DE ADENOCARCINOMA PULMONAR

Carla Costa; Gonçalo Peres; Beatriz Gonzaga; Marta Pinto Almeida; João Leão Lopes; Nina Jancar
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) pode, raramente, constituir manifestação paraneoplásica de neoplasias sólidas. A poliserosite como forma inaugural, sobretudo em idade avançada, deve suscitar suspeita de etiologia secundária. O reconhecimento desta associação é determinante para evitar atraso diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 73 anos, ex-fumador (~45–60 UMA), com antecedentes cardiovasculares relevantes, internado por quadro de poliserosite, traduzida por derrame pleural e envolvimento seroso concomitante, associado a síndrome constitucional marcado (perda ponderal significativa, anorexia) e inflamação sistémica persistente. Analiticamente apresentava anemia microcítica, elevação da velocidade de sedimentação e proteína C-reativa aumentada.

Foram excluídas causas infecciosas, tuberculose e descompensação cardíaca. O estudo imunológico revelou autoanticorpos compatíveis com LES de início tardio, assumindo-se inicialmente diagnóstico de doença autoimune primária. Iniciou terapêutica dirigida, com melhoria parcial da serosite, mas manutenção do quadro consumptivo e dos marcadores inflamatórios elevados.

A persistência da sintomatologia motivou reavaliação imagiológica seriada. Exames torácicos subsequentes evidenciaram alterações parenquimatosas suspeitas,

culminando na realização de biópsia pulmonar. O exame anatomopatológico confirmou adenocarcinoma pulmonar.

Perante a sequência temporal – poliserosite e perfil imunológico lúpico precedendo o diagnóstico tumoral – o quadro foi reinterpretado como síndrome paraneoplásica, constituindo o LES a manifestação inaugural da neoplasia.

Discussão: O LES de início tardio, particularmente quando se apresenta com poliserosite exuberante e síndrome constitucional, deve motivar exclusão sistêmica de neoplasia subjacente, sobretudo em doentes com fatores de risco para carcinoma pulmonar. A resposta incompleta à imunossupressão e a inflamação persistente são sinais de alerta.

Este caso reforça a importância de vigilância clínica longitudinal e reavaliação diagnóstica perante evolução atípica, salientando o papel integrador da Medicina Interna na identificação de síndromes paraneoplásicas.

POA 87

ADENOCARCINOMA DUODENOJEJUNAL COMO CAUSA DE ANEMIA FERROPÉNICA: UM DIAGNÓSTICO RARO

Inês Carvalho Santos; Liliia Savka; António Malcata; Ana Sofia S Soares; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Liliana R Santos

ULS Sta. Maria

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune que pode afetar diversos órgãos, e estudos apontam para um risco aumentado de neoplasias, nomeadamente tumores do tubo digestivo.

Mulher de 61 anos, com LES e SAAF secundário, encaminhada à consulta de Medicina Interna para investigação de anemia ferropénica, sem perdas hemáticas objetiváveis. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou candidíase esofágica e gastropatia antral não erosiva, *Helicobacter pylori* negativo. Foi pedida colonoscopia que não evidenciou alterações. Dada a hipótese de envolvimento gastrointestinal de LES versus neoplasia, foi requisitada tomografia computacional toracoabdominopélvica que revelou lesão infiltrativa, circunferencial, a envolver o jejuno proximal, numa extensão de 6 cm. Efectou ainda videoscopia que revelou lesão vegetante de D4 e 1ª ansa jejunal, cuja biópsia revelou adenocarcinoma duodenojejunal. TC estadiamento, sem evidência de metastização à distância. Após discussão em Reunião Multidisciplinar de Tumores Digestivos, foi submetida a ressecção duodenojejunal e duodenojejunostomia. A avaliação anatomopatológica da peça duodenojejunal confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com invasão da subserosa e metastização linfática, com estadiamento R0 pT3 pN2. Até à data, realizou quimioterapia adjuvante (2 ciclos de FOLFOX) com boa resposta.

Este caso ilustra a importância de prosseguir a mar-

cha diagnóstica nos casos de anemia ferropénica sem causa aparente após endoscopia e colonoscopia negativas, sobretudo em doentes com risco aumentado de neoplasias do tubo gástrico. Destaca-se a importância do estudo dos segmentos intestinais não visualizados nos exames endoscópicos mais comumente requisitados, nomeadamente do intestino delgado através de videocápsula, na deteção precoce de neoplasias raras como o adenocarcinoma do intestino delgado, cujo diagnóstico atempado permite abordagem cirúrgica curativa e melhoria do prognóstico.

POA 88

EVENTOS TROMBÓTICOS MULTISSISTÉMICOS: O PAPEL DAS MASTOCITOSE SISTÊMICA – RELATO DE CASO

Ana Pedro Pereira; Gorete Jesus; Carolina Morgado; Joana Pereira De Melo; Rita Sousa Figueira; Alexandre Castro Lopes; Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A mastocitose sistémica (MS) é uma doença heterogénea, resultante da acumulação patológica de mastócitos nos diferentes tecidos. A associação com eventos trombóticos tem ganho destaque na literatura, embora careça ainda de evidência robusta.

Caso clínico: Sexo masculino, 58 anos, com diagnóstico de MS indolente aos 52 anos, sob terapêutica sintomática com antihistamínico. Antecedentes de trombose venosa profunda poplíteia esquerda não provocada aos 56 anos. Hipocoagulado com edoxabano 60 mg id, que suspendeu ao fim de 5 meses. Diagnóstico de tromboflebite 8 meses após suspensão de hipocoagulação. Aos 58 anos, diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST, submetido a cateterismo e angioplastia coronária percutânea. Concomitantemente, por clínica de cefaleia aguda intensa e parestesias nos membros inferiores, realizou Tomografia Computorizada Venosa Cranioencefálica, com diagnóstico de trombose venosa central parcial ou parcialmente recanalizada do seio sigmoide direito. Retomou hipocoagulação com dabigatran 150mg 2id, que mantém. Encaminhado para consulta de Medicina Interna para estudo etiológico, do qual se destaca, hipertensão arterial, dislipidemia, carga tabágica estimada de 5,7 unidades maço-ano, mutação do gene MTHFR em heterozigotia e polimorfismo PAI-1 em homozigotia (4G/4G).

Discussão: Apesar das mutações identificadas conferirem um risco trombótico ligeiramente aumentado, são insuficientes, por si só, para justificar a diversidade dos eventos observados. Sendo os mastócitos responsáveis pela libertação de mediadores que conferem um estado pró-trombótico sistémico e estando atualmente descrito o seu papel na instabilização da placa aterosclerótica e vasoespasmos coronários, a MS surge como possível fator unificador destas apresentações,

reforçando a necessidade de investigação adicional e produção de evidência robusta sobre o tema.

POA 89

POLIGLOBULIA PERSISTENTE: QUANDO A CAUSA NÃO É EVIDENTE

Daniela Penteado Silva Salgueiro; Daniel Alves;

Miguel Torrinhas; Ana Rita Oliveira;

Ângela Paredes Ferreira; Ana Sofia Matos

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A poliglobulia pode ter várias etiologias desde causas secundárias, a hipoxemia crónica ou tumores produtores de eritropoietina (EPO), até patologias hematológicas primárias. A investigação etiológica pode ser desafiante sobretudo quando existem fatores concomitantes que condicionam a marcha diagnóstica. Apresenta-se caso de poliglobulia cuja evolução clínica motivou a revisão da hipótese diagnóstica inicial.

Homem, 44 anos, ex-fumador, medicado com ácido acetilsalicílico. Enviado à consulta de Medicina Interna por poliglobulia de longa data. Pai com poliglobulia, sem outros antecedentes familiares de relevo. À avaliação com facies pletórica e queixas de cefaleias e parestesias, sem história de eventos trombóticos. Analiticamente com hemoglobina (Hb) 17.4 g/dL; hematócrito 55%, leucócitos $5.25 \times 10^9/L$; plaquetas $253 \times 10^9/L$. Do estudo realizado com EPO elevada (35 mU/mL). Ecografia sem esplenomegalia. Solicitada polissonografia que relevou síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS) grave. Neste sentido, inicialmente assumida poliglobulia secundária, tendo iniciado ventiloterapia noturna e flebotomias até otimização de SAOS. Contudo, apesar destas medidas manteve poliglobulia e sintomas de hiperviscosidade, pelo que a investigação foi aprofundada. Excluída metahemoglobinemia. Realizada gasimetria venosa a revelar pO₂ 54 mmHg e p50 18.13 mmHg. Face aos resultados obtidos levantada a hipótese de Hb de alta afinidade. Electroforese da Hb normal, no entanto, pedido estudo genético que confirmou variante patogénica em homozigotia: Hb Montfermeil.

Destaca-se deste caso a importância de manter uma abordagem diagnóstica crítica perante poliglobulia persistente, sobretudo se a evolução clínica não está de acordo com a hipótese inicialmente colocada. A abordagem sistemática e a manutenção de uma elevada suspeição clínica revelam-se fulcrais na identificação de causas menos frequentes de poliglobulia, com implicações fundamentais na orientação terapêutica e aconselhamento familiar.

POA 90

COMPRESSÃO MEDULAR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO

Kelly Tembe; Mónica Côrte-Real; Andreia Gravata;

Isabela Souza; Ricardo Pereira; Francisco Morgado;

Aissato Cassama; Joana Carreira; Susana Marques

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) representa cerca de 1% das neoplasias malignas e 14% das neoplasias hematológicas, com maior prevalência após sexta década de vida.

A dor vertebral persistente constitui um sinal de alerta, uma vez que cerca de 24% dos doentes desenvolvem compressão medular epidural como complicação neurológica grave.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 53 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, medicação habitual ou alergias conhecidas. Recorreu ao serviço de urgência por dorsolombalgia com três meses de evolução, refratária à analgesia. Ao exame Objetivo apresentava dor à palpação das apófises espinhosas dorsais, Lasègue positivo a 60° e exame neurológico sem alterações de relevo. Analiticamente destacava-se hiperproteinemia (proteínas totais 8,7 g/dL).

A tomografia computadorizada evidenciou fratura patológica em D4, associada a lesão osteolítica e compressão medular, achados posteriormente confirmados por ressonância magnética. O doente foi internado para estudo etiológico. Após discussão multidisciplinar com Neurocirurgia, foi submetido a cirurgia de descompressão e estabilização de D2–D6 na segunda semana de internamento.

O estudo complementar revelou pico monoclonal na fração gama (27%) na eletroforese de proteínas séricas (IgG 2200 mg/dL), com aumento de cadeias leves lambda. O mielograma evidenciou 11% de plasmócitos clonais (CD138+, CD56+, CD45–). O estudo por hibridização in situ fluorescente (FISH) identificou ganho de 1q (CKS1B), alteração citogenética de alto risco.

Perante a presença de $\geq 10\%$ de plasmócitos clonais associada a lesão óssea lítica, estabeleceu-se o diagnóstico de mieloma múltiplo sintomático, de acordo com os critérios do International Myeloma Working Group (IMWG). O doente foi referenciado à Hematologia, tendo iniciado terapêutica sistémica e radioterapia consolidativa. Verificou-se melhoria clínica, com controlo algico e redução do componente monoclonal. Atualmente apresenta resposta parcial, encontrando-se em preparação para autotransplante de células estaminais hematopoiéticas.

Conclusão: Este caso reforça a importância de reconhecer a dor vertebral persistente como sinal de alerta. O diagnóstico precoce e a abordagem multidisciplinar foram determinantes para a reversão da compressão medular e o controlo da doença.

POA 91

QUANDO A ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE PRECEDE O DIAGNÓSTICO DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO

António Malcata; Inês Santos; Ana Catarina Manaças;
Ana Sofia Soares; Pedro Gaspar; Nuno Reis Carreira;
Carolina Carreiro; Teresa Passos Da Fonseca; Liliana Santos
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A anemia hemolítica auto-imune (AHAI) é um diagnóstico simples, embora o estudo etiológico possa ser complexo. Podem resultar de iatrogenia medicamentosa e/ou surgir associada a infeções, doenças autoimunes ou neoplasias hematológicas.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente com AHAi inicialmente atribuído a *Mycoplasma pneumoniae*, mas que posteriormente revelou um Linfoma de Hodgkin clássico. Trata-se de uma apresentação rara de síndrome paraneoplásico, precedendo o aparecimento dos sintomas B clássicos. Em Agosto de 2024, um homem de 34 anos recorre ao Serviço de Urgência por cansaço, prostração e confusão. Analiticamente destacava-se anemia macrocítica com reticulocitose, consumo de haptoglobina e hiperbilirrubinémia indireta (Hb 2.5 g/dL, VGM 137.7 fL, Reticulócitos >30% e Haptoglobina <10 mg/dL, Bilirrubina total 5.9 mg/dL). Ficou internado para estudo etiológico e tratamento. Destacava-se serologia positiva para *M. pneumoniae*, biópsia da medula óssea com hiperplasia eritróide reativa e biópsia ganglionar inocente. Foi assumida a infeção por *M. pneumoniae* como etiologia, o doente teve alta e manteve seguimento em consulta. Cinco meses depois apresenta-se com massa cervical de crescimento progressivo, hipersudorese noturna, febre e perda de peso. Ficou internado e a biópsia de adenopatia revelou um Linfoma de Hodgkin clássico (LHC).

Discussão: As doenças linfoproliferativas mais comumente associadas à anemia hemolítica são as linfoproliferativas crônicas. A relação com o LHC é rara, com descrições de incidência de 0,2% e o mecanismo fisiopatológico continua incerto. Este caso sugere uma apresentação de AHAi como síndrome paraneoplásico de LHC, precedendo os sintomas B clássicos. O caso reforça a importância de manter vigilância clínica e reavaliação etiológica frequente.

POA 92

HIPEREOSINOFÍLIA E FEBRE: SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA INAUGURAL NUMA LEUCEMIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA

Pereira Carvalho; Sofia Perdigão; José Presa;
Marta Barrigas; Diana Mimoso; Tiago Silveira Rosa
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

A hipereosinofilia (HE) caracteriza-se por contagem absoluta de eosinófilos $\geq 1500/\mu\text{L}$ no sangue periférico e/ou infiltração tecidual significativa. A síndrome

hipereosinofílica (HES) define-se pela presença de HE associada a lesão ou disfunção orgânica atribuível à infiltração e ativação eosinofílica, após exclusão de outras causas.

Caso clínico: de doente do sexo feminino de 75 anos que se dirige ao SU por rash na face e no pescoço e mialgias. Analiticamente com SIRS, eosinofilia. Foi internada, onde fez doxiciclina e toma única de alendazol sem resolução da SIRS, fez ecoscopia cardíaca à cabeceira com realce de miocárdio em todo o redor. Estudo serológico, imunológico e infeccioso sem alterações de relevo. Discutido com hematologia, é levantada a hipótese de síndrome hipereosinofílica. Faz metilprednisolona de 125 mg EV e inicia prednisolona (PDN) 1 mg/kg no total de 80 mg/id. Transferida para o serviço de hematologia para seguimento e investigação com biópsia MO e imunofenotipagem de sangue periférico. Alta com PDN 1 mg/kg. Reavaliação em CE Hematologia, sem sucesso no desmame de corticoide, biópsia MO com Neoplasia Mieloproliferativa Crónica (Leucemia Eosinofílica Crónica). Inicia tratamento citoreductor com hidroxiureia com boa resposta sintomática (eosinófilos $>1500/\mu\text{L}$, desmame de corticoide com sucesso). Mantém seguimento atual na hematologia. A hipereosinofilia requer abordagem diagnóstica sistemática, dada a sua heterogeneidade clínica e etiológica. Este caso evidencia a importância da exclusão de causas reativas e da avaliação de compromisso multiorgânico na suspeita de síndrome hipereosinofílica. A confirmação de leucemia eosinofílica crónica reforça o papel central do estudo medular e molecular. A identificação precoce da variante mieloide permitiu terapêutica dirigida eficaz, com controlo clínico sustentado e melhoria prognóstica significativa.

POA 93

JELLY BELLY

Inês Amaral Pinto; Maria Rui Gomes; Diogo Macedo;
Joana Cochicho; Rita Menezes; Inês Rueff Rato
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A ascite é um sinal clínico que pode apontar para inúmeras etiologias, havendo necessidade de enquadrar esta condição em outros elementos de ordem clínica, laboratorial e imagiológica. A primeira característica a ser avaliada após uma paracentese é o aspeto macroscópico do líquido peritoneal (LP) em termos de cor e consistência e pode ser determinante para a suspeição diagnóstica. Apresenta-se um caso de ascite gelatinosa, caracterizada por acumulação de muco na cavidade peritoneal.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, autónoma (Katz 6), com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, recorreu ao Serviço de Urgência por aumento progressivo do perímetro abdominal e dispneia para pequenos esforços com três meses de evolução. Apresentava abdómen globoso e tenso, com onda as-

cítica positiva e edema dos membros inferiores. Analiticamente destacava-se anemia microcítica e hipocrômica (Hemoglobina 9 g/dL), e bioquímica hepática normal. Tomografia axial computadorizada abdomino-pélvica exibiu ascite volumosa com densificação do grande epíploon. Realizada paracentese com saída de LP viscoso de aspeto gelatinoso, dificultando a drenagem. Microbiologia do LP foi negativa e exame citológico com muco acelular, a sugerir neoplasia mucinosa. Durante o internamento foi solicitado apoio da Radiologia de Intervenção para paracentese evacuadora. Foi orientada para Instituto Português de Oncologia do Porto, tendo sido realizada laparotomia exploradora, a evidenciar carcinomatose peritoneal e a confirmar diagnóstico de neoplasia mucinosa do apêndice. A doente foi submetida a apendicectomia e cirurgia de citorredução com quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

Discussão: A ascite gelatinosa é um achado raro na prática clínica, mais frequentemente associado a tumores mucinosos do peritонеu. A dificuldade na drenagem e análise do líquido ascítico podem contribuir para o atraso no diagnóstico. O tratamento requer referência precoce para centros especializados.

POA 94

QUANDO A ERITROPOIESE ENTRA EM PAUSA

Inês Pinto Rodrigues; Marta Reinho Mesquita;
Rita Matos Sousa; Cristina Miranda; André Sousa Vares;
Maria João Palavras
Hospital de Braga

A aplasia eritroide pura é uma entidade hematológica rara caracterizada pela supressão seletiva da linhagem eritróide na medula óssea, traduzindo-se em anemia e reticulocitopenia, com preservação das restantes séries hematopoiéticas. Entre as etiologias reconhecidas destacam-se causas autoimunes, neoplásicas e infecciosas. A infeção pelo Parvovírus B19 constitui uma causa conhecida, decorrente do tropismo pelas células progenitoras eritroides, levando à interrupção transitória da eritropoiese.

Apresenta-se o caso de um homem de 88 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, parkinsonismo e hiperplasia benigna da próstata, admitido no serviço de urgência por astenia com dois dias de evolução. Analiticamente, destacava-se anemia macrocítica grave (hemoglobina 3,4g/dL) e reticulocitopenia marcada (0,3%), sem leucopenia ou trombocitopenia. Foi internado no serviço de Medicina Interna para investigação etiológica: estudo do ferro, vitamina B12 e ácido fólico dentro da normalidade; ausência de hemólise; testes de Coombs direto e indireto negativos; esfregaço de sangue periférico com discreta anisopoiquilocitose. Destacou-se positividade para imunoglobulina M para Parvovírus B19. Foi instituído suporte transfusional com melhoria clínica e analítica. Após avaliação por Hematologia, não se considerou

haver indicação para estudo medular em fase aguda. Manteve seguimento em consulta externa e hospital de dia, com necessidade transfusional, tendo-se verificado seroconversão total da IgM em IgG e estabilização da hemoglobina após seis meses.

Este caso clínico ilustra um exemplo de aplasia eritroide pura associada a infeção por Parvovírus B19, salientando a importância de considerar etiologias infecciosas perante anemia grave. O reconhecimento desta entidade permite orientar adequadamente o estudo etiológico, evitar procedimentos invasivos desnecessários e instituir tratamento de suporte apropriado, com evolução habitualmente favorável após resolução da infeção.

POA 95

VALPROATO E PANCITOPENIA: UMA COMPLICAÇÃO RARA COM APRESENTAÇÃO DRAMÁTICA

Alexandru Babiciu; Guiovanna Guida; Filipa Saraiva;
Constantin Sitari; Michael Isidro; Rosário Blanco Saez
Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A toxicidade hematológica associada ao valproato é incomum, sendo a trombocitopenia isolada o efeito adverso mais descrito. A pancitopenia com supressão medular global é rara e potencialmente fatal, podendo surgir, mesmo com níveis séricos terapêuticos, o que dificulta o reconhecimento precoce.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de mulher de 65 anos, com oligofrenia, epilepsia pós-meningite e perturbação bipolar, medicada com ácido valproico, risperidona, biperideno e lorazepam. Após introdução de furosemida por edema periférico, desenvolveu deterioração clínica progressiva, com confusão e quedas repetidas. Foi admitida no serviço de urgência prostrada, apirética, com GCS 12.

O estudo analítico revelou pancitopenia (Hemoglobina 9,2 g/dL; leucócitos $3,2 \times 10^9/L$; plaquetas $75 \times 10^9/L$). Eletrocardiograma (ECG), radiografia torácica, gasometria e Tomografia Computorizada cranioencefálica eram normais. Procedeu-se ao internamento a cargo da Medicina Interna.

A investigação etiológica alargada — infecciosa, autoimune, metabólica e medular — foi negativa. Ao 3 dia suspendeu o Valproato e Risperidona, com suspensão da restante medicação supracitada, à admissão. Foi realizado o doseamento sérico de valproato, que se encontrava em intervalo terapêutico.

Excluídas causas alternativas e após discussão com Psiquiatria, assumiu-se toxicidade por valproato, com encefalopatia associada, provavelmente precipitada por desidratação induzida por diurético.

Após suspensão verificou-se reversão clínica sustentada e normalização hematológica até ao 14.º dia, confirmando a relação causal. Teve alta com switch para levetiracetam e quetiapina.

Discussão: Este caso reforça que níveis terapêuticos

não excluem toxicidade significativa. Perante pancitopenia e alteração do estado de consciência sem causa evidente, a toxicidade por valproato deve ser considerada. A suspensão atempada pode ser determinante para evitar evolução potencialmente fatal.

POA 96

UMA DOENÇA, MÚLTIPLAS MANIFESTAÇÕES: AMILOIDOSE SISTÊMICA AL

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira; Dany Cruz; Ilda Coelho; Paula Felgueiras

Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

A amiloidose sistêmica AL resulta da deposição extracelular de cadeias leves de imunoglobulinas. Caracteriza-se por envolvimento multiorgânico, mais frequentemente renal e cardíaco, podendo manifestar-se com apresentações clínicas heterogêneas e inespecíficas.

Mulher de 67 anos, autônoma, com antecedentes de insuficiência cardíaca por cardiomiopatia dilatada com compromisso severo da função ventricular esquerda de etiologia não esclarecida, hipotireoidismo e mieloma múltiplo indolente IgA/K. Recorreu ao serviço de urgência por náuseas, vômitos e dor abdominal. Analiticamente apresentava padrão colestático com hiperbilirrubinemia, bem como hipotireoidismo não controlado apesar de terapêutica substitutiva (TSH >100 com T4L baixa). Foi internada para estudo etiológico. Na investigação da colestase foram excluídas causas infecciosas (serologias negativas VHA, VHB, VHC, VHE, VIH, EBV e CMV), causas obstrutivas (CPRM sem alterações) e doença hepática autoimune (ANA, ANCA e perfil hepático autoimune negativos). Não havia introdução recente de fármacos sugestivos de hepatotoxicidade. O estudo do hipotireoidismo não revelou alterações estruturais na ecografia tiroideia, com autoimunidade tiroideia negativa e estudo do eixo hipotálamo-hipófise sem alterações. Durante o internamento foi ainda identificado síndrome nefrótico de novo, com proteinúria de aproximadamente 12 g/24h. Perante o envolvimento multissistêmico – cardíaco, hepático, tiroideu e renal – no contexto de gamopatia monoclonal, colocou-se a hipótese de amiloidose sistêmica. Foi realizada biópsia de gordura abdominal, sem evidência de depósitos amiloides. A doente foi posteriormente transferida para o serviço de Nefrologia de outro hospital para realização de biópsia renal, que confirmou amiloidose AL (cadeias leves kappa).

Este caso ilustra uma apresentação multissistêmica de amiloidose AL no contexto de gamopatia monoclonal conhecida. O envolvimento simultâneo cardíaco, hepático, tiroideu e renal levantou a suspeita diagnóstica. Apesar da biópsia de gordura abdominal negativa, o diagnóstico foi confirmado por biópsia renal, reforçando a importância de manter elevada suspeição clínica e prosseguir investigação dirigida perante quadros multiorgânicos de etiologia não esclarecida.

POA 97

DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO COM ENVOLVIMENTO PULMONAR – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Carla Costa; Marta Pinto Almeida; Julián Rodríguez; João Leão Lopes; Beatriz Gonzaga; Nina Jancar
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: As doenças do tecido conjuntivo (DTC) podem envolver precocemente os pulmões, impactando o prognóstico. O diagnóstico diferencial entre DTC sobrepostas é um desafio, exigindo uma abordagem multidisciplinar.

Caso clínico: Mulher, 70 anos, com antecedentes de doença de Graves, hipertensão arterial e diabetes tipo 2, apresentou quadro de febre, astenia e dispneia com 15 dias de evolução. Adicionalmente referia síndrome sicca, artralgias e regurgitação esofágica. Estudo analítico com ANA, anti-RNP, anti-Sm e anti-Ro52 positivos, ANCA positivo (anti-MPO e anti-PR3 em títulos elevados), consumo de C3, elevação de CK e dos parâmetros inflamatórios. TC de tórax inicial com aspetos sugestivos de vasculite, que não se confirmou no exame de imagem de reavaliação, que mostrou pneumonia intersticial não específica (NSIP). Provas da função respiratória com padrão restritivo moderado com DLCO reduzida. Broncofibroscopia e lavado broncoalveolar inconclusivos. Avaliação das glândulas salivares e capilaroscopia sem alterações. Ecografia articular com evidência de patologia osteodegenerativa. A evolução clínica afastou lupus eritematoso sistêmico, Síndrome de Sjogren e vasculites, reforçando a hipótese de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) com envolvimento pulmonar predominante. Iniciou corticoterapia e azatioprina com benefício. Devido a macrocitose pregressa, a azatioprina foi substituída por mico-fenolato mofetil, mantendo corticoterapia em esquema descendente, com estabilização clínica e imagiológica.

Discussão: A sobreposição entre as doenças autoimunes sistêmicas dificulta o diagnóstico, sobretudo no envolvimento pulmonar. A progressão para fibrose irreversível pode ocorrer silenciosamente, tornando essencial o diagnóstico precoce e um plano terapêutico ajustado. Este caso reforça a necessidade de um seguimento multidisciplinar estruturado e terapêutica individualizada para minimizar a deterioração funcional.

POA 98

ADENOPATIAS E FEBRE – UM CASO RARO

Cátia Pedro Rodrigues; Maria Emília Monteiro; Carolina Midões; Margarida Nunes; Miguel Cristovão; Vasco Gaspar
Hospital de São José

A linfadenite necrosante histiocitária, também conhecida por doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF), foi descrita pela primeira vez em 1972 e é caracterizada por ser uma doença benigna e auto-limitada de etiologia desconhecida, que atinge preferencialmente mulhe-

res na segunda ou terceira décadas de vida. As manifestações clínicas mais frequentes são adenopatias cervicais bilaterais associadas a febre e outros sintomas inespecíficos, podendo estar associada a sintomas constitucionais. O diagnóstico é histológico, sendo importante o diagnóstico diferencial com doenças infecciosas, auto-imunes e linfoproliferativas. Ao contrário das doenças linfoproliferativas tem bom prognóstico. O tratamento é feito com terapêutica de suporte como anti-inflamatórios não esteróides estando também descrito o uso de corticosteróides. Os autores apresentam um caso de uma mulher de 49 anos, com antecedentes de hipertensão, eczema atópico, quistos mamários e tabagismo que apresentou quadro de adenopatias cervicais inicialmente esquerdas dolorosas com evolução para adenopatias bilaterais, associadas a febre sem predomínio horário, astenia, e edema palpebral. Ficou internada para estudo, apurando-se ainda queixas de xerostomia, sensação de corpo estranho ocular e dor articular nos punhos. A TC mostrou adenopatias ganglionares cervicais bilateralmente de contornos bem definidos, bem como adenopatias axilares, lombo-aórticas e ilíacas bilateralmente; espessamento e densificação dos tecidos moles periorbitários, aumento dimensional e densificação das glândulas lacrimais. A avaliação analítica mostrou anemia ligeira com padrão inflamatório, elevada da velocidade de sedimentação, Ac. anti-nucleares Positivos 1:320, ac. Ro52KD Positivo, ac. antitiroideus positivos sem alterações da função tireoideia. A histologia da excisão ganglionar mostrou gânglio linfático com apagamento da arquitetura com necrose, material eosinofílico granular, histiócitos e áreas com linfócitos e imunoblastos, compatível com linfadenite necrosante histiocitária. Iniciou-se corticoterapia com melhora franca dos sintomas e desaparecimento das adenopatias, tendo sido encaminhada para consulta onde foi feito desmame da corticoterapia e foi confirmado Síndrome de Sjogren.

POA 99

UM QUADRO INESPECÍFICO – IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Gonçalo Oliveira Ribeiro; Margarida Ribeiro; Carolina Gandra; Francisca Ramos; Francisca Dâmaso; António Carvalho; Susana Jesus; Cândida Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A amiloidose é uma doença sistêmica que resulta da deposição de amiloide nos tecidos/órgãos e tem apresentação clínica inespecífica e variável. O seu subdiagnóstico afeta o prognóstico. A suspeita clínica e a multidisciplinaridade são essenciais para o diagnóstico e decisão terapêutica.

Caso clínico: Mulher, 59 anos, hipertensa. Várias idas a serviço de urgência em 10/2025, por dor persistente no hipocôndrio esquerdo. Troponina T elevada (56.3ng/

mL) e proteinúria. Ecografia e tomografia computadorizada abdominais: quistos biliares hepáticos. Evolução com astenia incapacitante em 11/2025, ficando internada. Por edema parietal de ansas intestinais jejunais e cólicas em nova tomografia, realizou colonoscopia, com achados inespecíficos e biópsias sem alterações relevantes. Em 12/2025, retorno ao serviço de urgência por incapacidade para a marcha e lipotímia recorrente, ficando internada. Objetivada hipotensão ortostática. Hipogamaglobulinemia, cadeias leves Lambda e diferencial de cadeias leves (226) aumentados. Imunofixação sérica: pico monoclonal Lambda. Proteinúria (80-200mg/dL), rácios urinários proteínas e albumina/creatinina elevados (2124.1, 1716.6). Eletroforese de proteínas urinárias: pico monoclonal Lambda e proteinúria Bence Jones. Troponina T 76ng/L, NTproBNP 1683pg/mL. Padrão eletrocardiográfico de baixa voltagem. Ecocardiograma e ressonância cardíaca sugestivos de amiloidose AL. Realizou cintigrafia de corpo com DPD, que não mostrou fixação cardíaca e excluiu amiloidose ATTR. Biópsia renal confirmou amiloidose AL (Lambda). Imunofenotipagem medular: 1.2% plasmócitos monoclonais com fenótipo patológico. Por Amiloidose AL estadio III Mayo 2012, iniciou quimioterapia ao cuidado da Hematologia.

Discussão: O caso comprova a dificuldade diagnóstica da doença, com longo intervalo entre apresentação inicial e início de terapêutica dirigida. A Nefrologia e a Hematologia foram fundamentais na confirmação diagnóstica e na definição da estratégia terapêutica.

POA 100

A IMPORTÂNCIA DA INDIVIDUALIZAÇÃO DE CUIDADOS EM FIM DE VIDA

Claudia Nunes¹; Beatriz Mata Dos Santos²; Inês Domingues¹; Patrícia Santos¹; Vanda Spencer¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A oclusão intestinal em doentes com neoplasia ginecológica metastática pode ocorrer na sequência de carcinomatose peritoneal. A abordagem deve ser individualizada considerando o prognóstico, *performance status* e extensão da doença.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, autónoma e com bom estado geral. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hipotireoidismo e miomas uterinos. É encaminhada ao serviço de urgência pelo médico assistente após realização de ecografia abdominal com evidência de ascite volumosa. Referia dor, aumento do volume abdominal, astenia, anorexia e perda ponderal de 7kg com 3 meses de evolução. Na admissão foi submetida a paracentese diagnóstica com exame citológico compatível com exsudado. Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica que revelou lesão neoformativa pélvica, envolvendo o útero e ovários, com envolvimento adenopático e carcinomatose peritoneal. A citologia de líquido peritoneal favoreceu a hi-

pótese de Carcinoma seroso de alto grau e a biópsia de aspirado endometrial confirmou o diagnóstico. Durante o internamento evoluiu com um quadro de suboclusão intestinal, com drenagem pela sonda nasogástrica de líquido fecaloide, não tendo sido candidata a intervenção cirúrgica por carcinomatose dispersa. A Oncologia considerou tratar-se de uma doente com carcinoma seroso de alto grau do ovário com infiltração uterina, metastização ganglionar e carcinomatose peritoneal, sem indicação para tratamentos sistémicos perante a suboclusão intestinal e envolvimento peritoneal difuso. A articulação entre os cuidados hospitalares e Cuidados Paliativos possibilitou a transferência para a Hospitalização Domiciliária, vindo a doente a falecer.

Discussão: A abordagem paliativa em contexto de neoplasia ginecológica metastática deve ter em conta os objectivos terapêuticos e integração precoce dos cuidados paliativos com acompanhamento multidisciplinar, com foco no conforto do doente e dignidade no fim de vida.

POA 101

FAVISMO COMO CAUSA DE ICTERÍCIA HEMOLÍTICA NO ADULTO: UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Joana Cerdeira Frazão; Joana Rego; Teresa Frazão; Clarisse Neves; Sandra Barbosa; Glória Alves

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) é uma das enzimopatias hereditárias mais comuns a nível mundial. A exposição a agentes oxidantes, como determinados fármacos ou a ingestão de favas (favismo), pode desencadear episódios de hemólise aguda. Apesar de frequentemente diagnosticada na infância, a doença pode permanecer assintomática até à idade adulta, manifestando-se por episódios de icterícia hemolítica.

Caso clínico: Homem de 64 anos, com antecedentes de icterícia neonatal e colecistectomia prévia, recorreu por icterícia de instalação súbita associada a dor abdominal no hipocôndrio direito, acolia e colúria. Negava febre, consumo recente de álcool ou introdução de nova medicação, referindo ingestão de favas nas horas precedentes ao início dos sintomas. Analiticamente apresentava hiperbilirrubinémia predominantemente indireta (bilirrubina total 11,43 mg/dL; directa 0,44 mg/dL), hemoglobina 11,9 g/dL, elevação da desidrogenase láctica e haptoglobina diminuída, sem evidência de citólise ou colestase. A prova de Coombs foi negativa. A tomografia computadorizada abdominal não evidenciou dilatação significativa das vias biliares nem causa obstrutiva. A colangio-RM mostrou fígado com morfologia e sinal preservados e via biliar principal com calibre máximo de 7 mm, sem defeitos de preenchimento. O estudo genético identificou a variante patogénica c.202G>A (p.Val68Met) em homozigotia no gene G6PD, confirmando o diagnóstico de deficiên-

cia de G6PD. Observou-se melhoria clínica e normalização progressiva da bilirrubina após suspensão do agente desencadeante.

Discussão: Este caso destaca uma apresentação tardia de deficiência de G6PD precipitada pela ingestão de favas. Perante icterícia com predomínio de bilirrubina indireta e evidência laboratorial de hemólise, esta entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial, mesmo em idade adulta. O reconhecimento desta condição é fundamental para prevenir recorrências através da evicção de agentes oxidantes.

POA 102

TRICOLEUCEMIA COMO CAUSA DE PANCITOPENIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Pinheiro S.; Sara De Sousa; Tomás Bragança Ribau; Patrícia Rocha Silva; Danay Pérez

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A tricoleucemia é uma neoplasia hematológica rara de células B, caracterizada pela presença de linfócitos maduros com projeções citoplasmáticas, identificados na medula óssea e no baço. Clinicamente manifesta-se frequentemente por pancitopenia, esplenomegalia, com risco infeccioso aumentado. O diagnóstico baseia-se na avaliação do hemograma, esfregaço de sangue periférico (ESP) e estudo da medula óssea (MO), incluindo morfologia, imunofenotipagem e a pesquisa da mutação BRAF V600E.

Caso clínico: Mulher de 51 anos recorreu ao Serviço de Urgência por astenia com 2 meses de evolução, dispneia para pequenos esforços, dor torácica opressiva desencadeada pelo esforço, tonturas e cefaleia. Ao exame Objetivo destacava-se palidez mucocutânea. Analiticamente com pancitopenia grave: hemoglobina 4,2 g/dL, leucócitos 2730/μL e plaquetas 101000/μL, com índice de proliferação reticulocitário compatível com anemia hipoproliferativa, tendo realizado 3 unidades de concentrado eritrocitário. Excluído défice de ferro, vitamina B12 ou folatos. O ESP mostrou anisocitose com predomínio de macrocitose, macro-ovalócitos e dacriócitos, bem como raros linfócitos com prolongamentos citoplasmáticos. As serologias víricas foram negativas, sem evidência de infeções agudas. A tomografia computadorizada toracoabdominopélvica mostrou hepatoesplenomegalia. O estudo da MO revelou aspirado hipocelular com população B clonal (CD19+, CD20+, CD5-, CD10+, CD123+, CD25+, CD11c+, CD103+, cadeias leves lambda+), sugestiva de tricoleucemia. A biópsia óssea confirmou infiltração linfóide difusa CD20, bcl2 e ciclina D1 positivas, com fibrose reticulínica marcada. A pesquisa da mutação BRAF V600E foi inconclusiva por material inadequado. Iniciou tratamento com cladribina, encontrando-se atualmente em seguimento em consulta de Hematologia Clínica, com estabilização das citopenias e sem necessidade de suporte transfusional no último mês.

Discussão: Este caso pretende ilustrar que a tricoleucemia, apesar de rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pancitopenia, particularmente na presença de linfócitos vilosos no sangue periférico. O tratamento baseia-se na administração de análogos das purinas, como a cladribina, associados a elevadas taxas de resposta e remissões prolongadas.

POA 103

HANGING BY A PLATELET!

Telma Cabral¹; Mafalda Mateus Rola²; João Horta Antunes¹; Sara Frazão De Brito¹; Isménia De Oliveira¹; Fernando Martos Gonçalves¹

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²IPO Lisboa

Introdução: Os síndromes mielodisplásicas (SMD) são um grupo de neoplasias clonais das células hematopoiéticas; caracterizam-se por uma proliferação e diferenciação inadequadas das células estaminais mieloides na medula óssea. A mutação do TP53 é um importante fator prognóstico associando-se a maior gravidade clínica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 80 anos, português, residia numa quinta com contacto frequente com animais. História de hipertensão arterial, gota, dislipidemia, fibrilhação auricular e leptospirose em 2018.

Recorreu ao serviço de urgência por prostração e anorexia com 2 semanas de evolução e febre com 1 dia de evolução. À admissão hipotenso e taquicárdico, analiticamente com bicitopenia, leucopenia e $6 \times 10^9/L$ plaquetas. No internamento evoluiu com discrasia hemorrágica, já com anemia associada e necessidade de suporte transfusional. Desenvolveu bacteriemia a *Staphylococcus Aureus* metilina resistente com focos pulmonares, tratada com vancomicina, substituída por levofloxacina à data de alta. Foi excluída endocardite e o estudo das zoonoses foi negativo. Teve alta sem um diagnóstico definitivo a aguardar o resultado do mielograma e biópsia óssea. Readmitido 6 dias depois, por febre, rash eritematoso difuso, incluindo rash malar e áreas de púrpura. Inicia terapêutica com piperacilina-tazobactam e vancomicina por neutropenia febril. A biópsia cutânea foi sugestiva de reação medicamentosa, motivo pelo qual suspende a vancomicina. A biópsia óssea documentou uma síndrome mielodisplásica com excesso de blastos (15-20%), 80% de células p53 positivas. Dado agravamento clínico, dependência transfusional com fraco rendimento e bacteriemia a *Klebsiella Pneumoniae*, o doente não foi considerado candidato a tratamento com Azacitadina.

Discussão: Este caso ilustra vários desafios no diagnóstico e tratamento do SMD com p53 mutado, nomeadamente, apresentação inicial inespecífica, toxicidade medicamentosa, infeções nosocomiais e uma reserva funcional baixa em doentes idosos, que pode impossibilitar o tratamento dirigido.

POA 104

UM CASO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGRAVADA POR DISFUNÇÃO PLAQUETÁRIA

Inês Ferreira Maia; Ruben Reis; Francelino Ferreira; Anneke Joosten; Martinho Fernandes

ULS Arco Ribeirinho

Introdução: A anomalia de May-Hegglin é um distúrbio da função plaquetária hereditário, raro, de transmissão autossómica dominante. Caracteriza-se pela tríade de trombocitopenia, plaquetas gigantes e corpos de inclusão Döhle-like nos neutrófilos. A maioria dos doentes são assintomáticos e raramente é necessário tratamento dirigido.

Caso clínico: Homem de 42 anos, com antecedentes de etilismo crónico e hepatite C não tratada. Admitido no Serviço de Urgência por hematemese, melenas e dor abdominal. Encontrava-se hemodinamicamente estável e com dor abdominal difusa à palpação. Analiticamente com hemoglobina (Hb) 12g/dL, Plaquetas $4 \times 10^9/L$ e esfregaço de sangue periférico com neutrófilos corpos de Döhle, plaquetas macrocíticas e gigantes, compatível com anomalia de May-Hegglin. Cerca de 12h após a admissão, com mal estar geral, palidez mucocutânea, sudorese profusa, hipotensão, taquicardia e agravamento da dor abdominal. Gasimetricamente com acidemia metabólica, hiperlactacidemia grave (30 mmol/L) e Hb 7,5g/dL. Na reavaliação laboratorial com Hb 5,8 g/dL e plaquetas $9 \times 10^9/L$. Foi assumido choque hipovolémico por hemorragia digestiva alta, iniciado protocolo de transfusão maciça e suporte aminérgico transitório. Por indicação da Imunohemoterapia foram administradas unidades adicionais de plaquetas e desmopressina. Iniciadas perfusões de terlipressina e pantoprazol e antibioterapia profilática com Ceftriaxona. O doente evoluiu com estabilização hemodinâmica, resolução da acidemia, diminuição marcada da hiperlactacidemia e melhoria da anemia e da trombocitopenia. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou esofagite erosiva, ausência de varizes esofágicas e úlcera de fundo nacarado Forrest III, com coágulo aderente no esófago distal/ cárdia, tendo sido suspensa a terlipressina e Ceftriaxona.

Discussão: A presença de anomalia de May-Hegglin no contexto de hemorragia grave requer uma abordagem terapêutica específica e dirigida para a disfunção plaquetária. Esta combinação pode levar a hemorragia maciça, com elevada mortalidade. Este caso demonstra a importância da interligação entre as especialidade de Patologia Clínica, Medicina Interna e Imunohemoterapia que permitiu a identificação da disfunção e a sua abordagem dirigida no contexto da hemorragia grave.

POA 105

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM FÍGADO NÃO CIRRÓTICO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Kristoffer Brustad; Inês Sousa Miranda; Raquel Domingos; Francisco Silva; Isabel Madruga

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é a neoplasia primária hepática mais frequente e ocorre predominantemente em doentes com doença hepática crónica, sobretudo cirrose. A sua apresentação em fígado não cirrótico é rara e associa-se frequentemente a diagnóstico tardio, pela ausência de fatores de risco e manifestações clínicas típicas.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 71 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado, hipertensão arterial e doença cardiovascular, sem história conhecida de doença hepática, que recorreu ao serviço de urgência por alteração do trânsito intestinal, caracterizado por diarreia de agravamento progressivo com 4 meses de evolução. Ao exame Objetivo destacava-se massa abdominal indolor no hipocôndrio direito, sem alterações dos parâmetros ou função hepática na avaliação analítica, e alfa-fetoproteína inalterada. Os exames de imagem revelaram volumosa massa hepática sólida e heterogênea, com cerca de 15 cm do maior eixo, em fígado de dimensões normais e sem estigmas de cirrose. A biópsia hepática confirmou carcinoma hepatocelular bem diferenciado, padrão pseudoacinar. A investigação etiológica foi negativa para infeções virais e outras causas de doença hepática crónica, e o estadiamento não revelou doença extra-hepática. O doente foi submetido a embolização da veia porta direita, seguida de trisectorectomia direita, sem intercorrências e com boa evolução pós-cirúrgica.

Discussão: O CHC em fígado não cirrótico representa uma minoria dos casos e pode associar-se a fatores de risco subtis, como síndrome metabólica e diabetes mellitus. A ausência de elevação da alfa-fetoproteína e a apresentação clínica inespecífica dificultam o diagnóstico precoce, permitindo crescimento tumoral significativo antes da deteção. Nestes doentes, a função hepática preservada possibilita abordagens cirúrgicas potencialmente curativas, com melhor prognóstico face aos doentes cirróticos.

Conclusão: Este caso evidencia a raridade do CHC em fígado não cirrótico e a apresentação com massa hepática de grande volume e sintomas inespecíficos. Destaca-se a importância de manter elevado índice de suspeição perante achados imagiológicos sugestivos, mesmo na ausência de fatores de risco clássicos, bem como o papel da ressecção cirúrgica em doentes selecionados.

POA 106

SPONTANEOUS FUNCTIONAL CURE OF CHRONIC HEPATITIS B IN A 82-YEAR-OLD WOMAN

Ana Margarida Fonseca¹; Inês Amaral Pinto²; Patrícia Tenreiro³; Raquel Figueiredo⁴; Tiago Silveira Rosa⁵; Tiago João Valente¹; José Presa Ramos⁵; Inês Pinho⁵

¹Hospital São João; ²ULS Gaia Espinho; ³ULS da Guarda, EPE - Hospital Dr. Sousa Martins; ⁴Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; ⁵Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Chronic hepatitis B virus (HBV) infection is defined by persistent hepatitis B surface antigen (HBsAg) positivity. Spontaneous seroconversion, with HBsAg loss and development of anti-hepatitis B surface antibodies (anti-HBs), is uncommon in adults, with an estimated annual rate of 1% in untreated cohorts. The probability of HBsAg loss increases with longer duration of infection but seroconversion in very elderly patients is infrequently reported.

An 82-year-old asymptomatic woman was found to have inactive chronic hepatitis B during routine preoperative screening in 2022. After several years of follow up, laboratory tests showed normal transaminases and cholestatic enzymes with normal platelet count. Serology revealed loss of HBsAg (quantification of HBsAg: zero IU/mL) and development of positive anti-HBs, whereas anti-HBs had been negative in 2022. Anti-hepatitis B core antibodies (anti-HBc) remained positive and HBV deoxyribonucleic acid (DNA) was undetectable, consistent with spontaneous functional cure. Abdominal ultrasound showed a normal-sized liver with mildly heterogeneous echotexture, no focal lesions, normal spleen size and no ascites. Transient elastography revealed liver stiffness of 6.5 kPa and controlled attenuation parameter of 224?dB/m, indicating absence of significant fibrosis or steatosis.

This case illustrates that immune-mediated HBV clearance can occur even in advanced age. The quantification of HBsAg 0 IU/mL, combined with undetectable HBV DNA and development of anti-HBs, confirms functional cure. Normal liver function and absence of fibrosis support de-escalation of specialized follow-up, reducing unnecessary monitoring burden. While hepatocellular carcinoma (HCC) risk persists in patients with cirrhosis who achieve HBsAg loss, the annual HCC incidence in non-cirrhotic patients after HBsAg seroclearance is substantially lower. In this patient, the combination of complete seroconversion, absence of significant fibrosis, and normal liver function supports discontinuation of specialized hepatology follow-up and HCC surveillance. Recognition of late functional cure in patients without fibrosis allows clinicians to safely de-escalate monitoring, reducing unnecessary healthcare burden while maintaining appropriate vigilance in high-risk subgroups.

POA 107

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA RENAL COMO APRESENTAÇÃO DE ACIDEMIA METILMALÔNICA EM IDADE ADULTA

Inês Marques¹; Rafael Figueiredo²; Sara Marques Silva¹;
Carla Madureira Pinto¹; Pedro Lisboa Gonçalves²

¹ULS Médio Ave; ²ULS São João

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) é uma síndrome com diagnóstico diferencial extenso. A acidemia metilmalônica por defeito do metabolismo intracelular da cobalamina (cblC) é uma doença genética rara, habitualmente com manifestação neonatal com diagnóstico efetuado no rastreio neonatal. As manifestações clínicas e a idade em que surgem dependem da mutação envolvida e da atividade enzimática residual. A apresentação na idade adulta é rara e inespecífica.

Caso clínico: Sexo feminino, 20 anos, enviada a consulta por hipertensão arterial de novo associada a anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina 10,2 g/dL; Valor de Referência [VR]: 12-16 g/dL), creatinina 1,21 mg/dL (VR: 0,6-1,2 mg/dL) e proteinúria 3,25 g/24h (VR: <0,15 g/24h), sem outras alterações analíticas, nomeadamente marcadores de hemólise. Não apresentava alterações neuropsiquiátricas nem tinha eventos trombóticos prévios. O estudo alargado imunológico foi negativo e não havia consumo de complemento. A biópsia renal mostrou um padrão de duplo contorno da membrana basal glomerular, mesangiólise e retração do tufo glomerular. Adicionalmente, o estudo por imunofluorescência demonstrou predominância de deposição de C3, sem imunocomplexos na microscopia eletrónica. Os achados eram sugestivos de MAT pelo que, após exclusão de causas comuns e dada a idade jovem, foi pedido teste genético para causas hereditárias a revelar duas variantes patogénicas em heterozigotia composta no gene MMACHC, confirmando acidemia metilmalônica cblC. O estudo complementar revelou aumento marcado de homocisteína 163,2 µmol/L (VR: 4,6 - 12,4 µmol/L), apesar de vitamina B12 normal (505 pg/mL; VR: 187 - 883). Foi iniciada terapêutica com hidroxocobalamina.

Conclusão: Este caso ilustra uma causa rara, mas potencialmente tratável, de MAT em adultos jovens. Embora seja uma apresentação excepcionalmente rara, a acidemia metilmalônica deve ser considerada em casos de MAT idiopática, sendo essencial realização de estudo genético. O diagnóstico atempado desta condição permite o início de terapêutica eficaz e um melhor prognóstico renal e global.

POA 108

HIPERNATREMIA SOB LÍLIO: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO DECLÍNIO COGNITIVO

Ana Cristina Peixoto; José Manuel Couto;
Margarida Miguel Paraíso; Ana Luísa Maceda Rodrigues;
Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: O lítio é um fármaco utilizado no tratamento da doença bipolar, cujo uso crónico está associado a nefrotoxicidade, destacando-se a Diabetes Insípida Nefrogénica (DIN). A DIN resulta da resistência tubular à hormona antidiurética e, em idosos com declínio cognitivo, a incapacidade de compensar perdas hídricas pode precipitar desidratação e hipernatremia fatais.

Caso clínico: Mulher, 80 anos, com doença bipolar, declínio cognitivo e doença renal crónica (DRC) de etiologia não esclarecida (creatinina basal (pCr) 1,8 mg/dL) medicada com lítio 200 mg/dia há 10 anos. Admitida por prostração e recusa alimentar com 6 dias de evolução. Objetivamente, estava desidratada, prostrada e com mioclonias. Analiticamente, tinha lesão renal aguda (pCr 2,6 mg/dL) e hipernatremia (Na⁺ 160 mEq/L), podendo justificar o quadro neurológico. A litiemia era 0,8 mEq/L, sem critérios de toxicidade aguda. O quadro foi interpretado como lesão renal aguda pré-renal e hipernatremia em contexto de desidratação. Iniciou reposição endovenosa (EV) de água livre com solução glicosada. Após 48 horas de fluidoterapia agressiva, mantinha hipernatremia (>155 mEq/L). A monitorização do débito urinário mostrou poliúria paradoxal (3 L/24h) perante o estado de desidratação, levantando a suspeita de DIN induzida por lítio. Nesta fase, não se solicitaram osmolalidades sérica e urinária pelo enviesamento provocado pela fluidoterapia em curso. O sedimento urinário mostrou densidade 1.005 e ausência de sedimento ativo, confirmando a incapacidade de concentração urinária.

Manteve aporte hídrico EV e iniciou amilorido para bloqueio dos canais ENaC, com redução progressiva do débito urinário (1,5 L/24h) e normalização da natremia em 4 dias. Após recuperação do estado neurológico transitou para reposição hídrica oral. Teve alta medicada com amilorido e ajuste de lítio para 150 mg/dia, com estabilização da função renal (pCr 2,2 mg/dL).

Conclusão: A hipernatremia associada a poliúria inapropriada em doentes sob lítio deve levantar a suspeita de DIN, independentemente da litiemia.

Este caso mostra o papel do amilorido na reversão do defeito de concentração urinária e correção da hipernatremia. A recuperação parcial da lesão renal reforça a importância da monitorização renal e hídrica, sobretudo em populações geriátricas.

POA 109

ENFISEMA BOLHOSO GIGANTE IDIOPÁTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Henrique Sardinha Freitas; Margarida Sousa Ornelas; Carolina Aguiar; Diogo Raposo André; Luz Reis Brazão; Teresa Faria

Hospital Dr. Nélcio Mendonça

Introdução: O enfisema bolhoso gigante, define-se pela ocupação de, pelo menos, um terço de um hemitórax(HT) por uma ou mais bolhas de ar, podendo mimetizar um pneumotórax. Esta patologia está, frequentemente, associada à doença pulmonar obstrutiva crónica e à deficiência de alfa 1-antitripsina, podendo contudo surgir na ausência de fatores de risco identificáveis, considerando-se em alguns casos, idiopática.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 25 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, sem hábitos tabágicos ou toxicofílicos. Recorreu ao serviço de urgência por queixas de rinorreia, mialgias e tosse com expectoração serosa. Negava febre, dispneia, dor torácica ou outra sintomatologia relevante. À auscultação pulmonar, destacava-se franca diminuição do murmúrio vesicular no HT esquerdo. Realizou radiografia de tórax que revelou hipertransparência do HT esquerdo, com desvio contralateral das estruturas mediastínicas. Na tomografia computadorizada apresentava enfisema bolhoso gigante no pulmão esquerdo, aparentemente na dependência do lobo superior, com cerca de 25 cm de diâmetro longitudinal, condicionando compressão do lobo inferior ipsilateral e desvio contralateral do mediastino. Analiticamente, a destacar doseamento de alfa-1 antitripsina dentro da normalidade (176.0 mg/dL, N 90-200) e estudo de auto-imunidade negativo. Neste contexto, foi admitido o diagnóstico provável de enfisema bolhoso gigante idiopático, tendo o doente sido referenciado para a consulta de Pneumologia e Cirurgia Cardiorácica.

Discussão: O enfisema bolhoso gigante é uma entidade rara, sobretudo, em doentes sem fatores de risco ou doença pulmonar prévia conhecida, levantando desafios diagnósticos, nomeadamente no diagnóstico diferencial com pneumotórax. Deste modo, a partilha deste caso clínico torna-se crucial para o reconhecimento precoce desta patologia, prevenindo complicações da mesma.

POA 110

ASPERGILOSE PULMONAR CRÓNICA CAVITADA EM DOENTE IMUNOSSUPRIMIDO: IMPORTÂNCIA O DIAGNÓSTICO PRECOCE

Ana Abade; Mariana Ribeiro; Susana Coelho; Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A Aspergilose Pulmonar Crónica Cavitada (APCC) caracteriza-se pela formação de cavidades pulmonares, ocorrendo predominantemente em doen-

tes com patologia pulmonar prévia ou sob imunossupressão. A apresentação pode ser paucissintomática ou inespecífica, favorecendo o atraso diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 47 anos, com espondiloartrite periférica HLA-B27 positiva, sob leflunomida 20 mg/dia, referenciado à consulta de risco infeccioso para início de anti-TNF. A Tomografia Computorizada (TC) torácica evidenciou cavitação no lobo superior esquerdo (16 × 9 mm). IGRA negativo. A broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar isolou *Aspergillus fumigatus*. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, DNA de *Mycobacterium tuberculosis* e células neoplásicas foi negativa. Estabeleceu-se o diagnóstico de APCC, sendo programado internamento eletivo para início de voriconazol endovenoso e exclusão de aspergilose pulmonar invasiva (API).

À admissão, o doente encontrava-se assintomático. Destacava-se elevação de IgG *anti-Aspergillus fumigatus* (94,9 mg/L), com galactomanano, beta-D-glucano e DNA séricos negativos. A angio-TC excluiu sinais de invasão vascular ou disseminação extrapulmonar. Teve alta ao 8.º dia, com indicação para manter voriconazol oral por período a definir.

Discussão: A APCC integra o espectro das aspergiloses pulmonares crónicas e permanece subdiagnosticada, particularmente em doentes sob imunossupressão não profunda. Esta situação é cada vez mais frequente, fruto da introdução de imunossupressores em terapêuticas sistémicas não oncológicas. Assim, o seu reconhecimento precoce permite evitar a progressão da lesão pulmonar, e prevenir a intensificação de imunossupressores em infeções fúngicas ativas. Este caso reforça que a estratificação sistemática do risco infeccioso é determinante para decisões terapêuticas seguras e otimização do prognóstico.

POA 111

QUANDO UM ASPERGILOMA ESCONDE UM CARCINOMA PLEOMÓRFICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

João Barrigó; Maria Luisa Corraliza; Teresa Cardoso; Susana Monteiro; Inês Canha Da Silva; Luisa Rebocho
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

As lesões cavitadas pulmonares representam um desafio diagnóstico relevante na prática de Medicina Interna, podendo refletir infeção, doença estrutural ou neoplasia. A colonização por *Aspergillus* spp. ocorre habitualmente em cavidades pré-existentes, incluindo cavidades tumorais, podendo atrasar o reconhecimento de malignidade subjacente.

Homem de 48 anos, fumador ativo, apresentou tosse com expectoração hemoptóica e sudorese noturna com cinco meses de evolução. A tomografia torácica revelou lesão cavitada de 7 cm no lobo superior direito, associada a enfisema bilateral. A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* e de bacilos álcool-ácido

resistentes foi negativa. Foram detetadas precipitinas séricas e antígeno galactomanano positivos para *Aspergillus fumigatus*, compatíveis com aspergiloma pulmonar. Iniciou terapêutica antifúngica, mantendo estabilidade clínica, mas sem regressão imagiológica após seis meses. Perante a persistência da cavidade e ausência de resposta radiológica, foi realizada lobectomia superior direita. O exame histológico confirmou infecção por *Aspergillus* spp., revelando concomitantemente carcinoma pleomórfico do pulmão (T4N1Mx), subtipo raro, biologicamente agressivo e associado a pior prognóstico. O doente iniciou posteriormente tratamento sistémico oncológico combinado.

Este caso ilustra de forma paradigmática como a colonização fúngica de uma cavidade pulmonar pode constituir uma armadilha diagnóstica, mascarando neoplasia subjacente e retardando a instituição de terapêutica oncológica adequada. Em doentes fumadores com lesões cavitadas persistentes, a ausência de regressão imagiológica sob terapêutica dirigida deve motivar reavaliação diagnóstica precoce. A confirmação histológica e a definição terapêutica exigiram articulação estreita entre Medicina Interna, Pneumologia e Cirurgia Torácica, evidenciando o papel central da abordagem integrada e multidisciplinar na otimização do prognóstico.

POA 112

CHOQUE ANAFILÁTICO OU MAL ASMÁTICO?

Jessica Miranda Oliveira¹; Gustavo Lemos Correia²; Beatriz Sá Pereira¹; Sara Trevas²; Catarina Marques dos Santos²; Carlos Pereira²

¹Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra; ²Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas

A corticoterapia sistémica (CS) é um pilar fundamental no tratamento da exacerbação asmática aguda (EAA). Os choques anafiláticos (CA) a CS são raros e caracterizam-se habitualmente por broncospasmo e instabilidade hemodinâmica. Apresenta-se um caso pela sua raridade e pelo desafio diagnóstico que coloca em contexto de EAA.

Homem de 38 anos, asmático, recorreu ao serviço de urgência por pieira e dispneia com 2 semanas de evolução, não responsiva à terapêutica de crise em ambulatório. Apresentava polipneia, tiragem intercostal, sibilos generalizados e hipoxemia (SpO₂ 91% em ar ambiente). Foi instituída oxigenoterapia, broncodilatores inalados e hidrocortisona endovenosa. Durante a reavaliação evoluiu para paragem cardiorrespiratória (PCR), com recuperação de circulação após três ciclos de suporte avançado de vida. Foi transferido para cuidados intensivos sob ventilação mecânica invasiva, apresentando inicialmente aumento marcado da resistência das vias aéreas (RVA) e auto-PEEP de 12 cmH₂O. Verificou-se rápida melhoria ventilatória espontânea, com normalização da mecânica respiratória e critérios

para extubação, mantendo-se entubado por necessidade de neuroproteção pós-PCR. Após administração de metilprednisolona endovenosa, foi objetivado episódio de broncospasmo grave, associado a aumento abrupto da RVA e hipotensão súbita, compatível com CA. Administrou-se adrenalina intramuscular, seguida de perfusão endovenosa contínua, com melhoria progressiva clínica e ventilatória. A triptase sérica colhida 1 hora e 24 horas após o evento evidenciou elevação transitória significativa, compatível com anafilaxia. A análise retrospectiva permitiu admitir que a PCR inicial terá ocorrido no contexto de choque anafilático à hidrocortisona, tendo a adrenalina administrada durante a reanimação contribuído para mascarar a etiologia. O CA a CS deve ser considerado perante agravamento paradoxal do broncospasmo após a sua administração, sobretudo em doentes asmáticos. Nesses doentes, a apresentação pode mimetizar EAA, atrasando o reconhecimento e o tratamento dirigidos do CA. Este caso sublinha a importância da interpretação da mecânica ventilatória, do reconhecimento precoce da anafilaxia e do papel da triptase sérica na confirmação diagnóstica e na clarificação retrospectiva da etiologia.

POA 113

ACTINOMICOSE PULMONAR CAVITADA E PROGRESSÃO LINFOMATOSA: UM DIAGNÓSTICO LABORIOSO

Inês Duro¹; Diogo Moura Rodrigues²; Catarina Alves Costa²; Paulo Conceição²

¹Serviço de Medicina Interna, Hospital de Santo António, ULS de Santo António, Porto, Portugal; ²Serviço de Medicina Interna, Hospital de Santo António, ULS de Santo António, Porto, Portugal

Introdução: A actinomicose pulmonar é uma infecção bacteriana crónica rara, de evolução indolente e comportamento infiltrativo, capaz de mimetizar neoplasia. Em contexto de doença oncológica ativa, distinguir infecção de progressão tumoral, ou afirmar ambas, é particularmente desafiante, exigindo um elevado índice de suspeição e abordagem multidisciplinar.

Caso clínico: Homem de 71 anos, com linfoma da zona marginal esplénico diagnosticado em 2017 e submetido a esplenectomia. Em 04/2024, iniciou quadro respiratório febril com padrão nodular pulmonar miliar e massa abdominal *bulky*. Biópsia pulmonar revelou infiltrado inflamatório e biópsia abdominal confirmou recidiva linfomatosa, tendo iniciado imuno/quimioterapia. Aos 6 meses, resposta imagiológica parcial, mas, *de novo*, lesões pulmonares subsólidas bilaterais. *Follow-up* com progressão para extensas cavitações, associadas a febre recorrente e inflamação persistente, motivando sucessivos internamentos. Apesar de vários ciclos prolongados de antibioterapia de largo espectro, apenas com resposta parcial e transitória. Estudos microbiológicos e histológicos repetidamente negativos. Em 05/2025, novo internamento, sendo iso-

lado *Schaalia odontolyticus* em lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia brônquica, confirmando actinomicose pulmonar. Tomografia por emissão de positrões evidenciou hipermetabolismo pulmonar e ganglionar e citometria do LBA corroborou transformação para linfoma difuso de grandes células B. Apesar da ausência de confirmação histológica e, contexto infeccioso ativo com evolução crítica por intercorrência nosocomial, decidido reinício de quimioterapia sistêmica. À data, mantém-se sob antibioterapia dirigida prolongada, tendo cumprido 6 ciclos de quimioterapia, com resposta clínica e imagiológica.

Discussão: Este caso destacou-se, tanto pela sua complexidade, como pela sua laboriosa marcha diagnóstica, marcada por sucessivos entraves, ressaltando-se o papel da orientação multidisciplinar.

POA 114

ESPESSAMENTO PLEURAL E PERITONEAL: CARCINOMATOSE OU TUBERCULOSE? UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Sara Vieira Bernardo; Catarina Negrão; Ana Rita Tomás; Inês Reis Luís

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A tuberculose continua a ser uma das principais causas de mortalidade por doença infecciosa a nível mundial e pode apresentar múltiplas manifestações clínicas. A tuberculose peritoneal pode mimetizar carcinomatose peritoneal devido à semelhança clínica, laboratorial e imagiológica, sendo um importante desafio diagnóstico e exigindo elevado índice de suspeição clínica.

Apresentamos um caso de uma mulher guineense, de 36 anos, em Portugal há mais de três anos, que recorreu ao serviço de urgência com história de dois meses de evolução de astenia, dor e distensão abdominal, dor torácica pleurítica à esquerda, febre diária (38.5-39°C) e perda ponderal de 12%. Referia exposição prévia a tuberculose no país de origem. Analiticamente, destacavam-se velocidade de sedimentação 44 mm/s, proteína C reativa 16 mg/dL, CA-125 497 UI/L, hiponatremia de 125 mmol/L, AST 108 U/L, ALT 51 U/L, GGT 106 U/L e fosfatase alcalina 125 U/L. A TC toracoabdominopélvica sugeriu carcinomatose peritoneal, associada a derrame pleural, ascite e espessamento pleural marcado, sendo as culturas do líquido pleural e a biópsia pleural negativas para células neoplásicas, microorganismos infecciosos e amplificação por PCR de *Mycobacterium tuberculosis*. A paracentese abdominal evidenciou exsudado com predomínio linfocitário (97.4%) e níveis elevados de adenosina desaminase (73 U/L), com citologia e estudos microbiológicos negativos. Perante a elevada suspeita clínica, foi assumido diagnóstico presumível de tuberculose disseminada, tendo sido iniciado terapêutica antibacilar, com resolução da febre, melhoria clínica e analítica. A PET-scan realizada na terceira semana de tratamento

manteve como diagnóstico diferencial etiologia maligna versus granulomatosa/infecciosa, sustentando o diagnóstico presumível.

Este caso evidencia a dificuldade em distinguir tuberculose peritoneal de carcinomatose peritoneal. A tuberculose extrapulmonar deve ser considerada na investigação de síndromes constitucionais associadas a ascite e espessamento peritoneal, particularmente em doentes provenientes de áreas endémicas.

POA 115

DUAS NEOPLASIAS RARAS EM DOENTE COM VÍRUS IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Nathalie Guerrero Camilo; Pedro Reboredo; Mirinelde Simpson; Cristina Sousa

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A infeção por VIH associa-se a maior risco de neoplasias hematológicas, incluindo tumores relacionados com imunodeficiência como sarcoma de Kaposi, plasmocitomas e linfomas agressivos. A ocorrência sequencial de duas neoplasias plasmocitárias distintas – plasmocitoma e linfoma plasmablastico – é rara e constitui um desafio diagnóstico. O reconhecimento precoce de evolução clínica atípica é essencial para evitar atraso terapêutico.

Caso clínico: Homem de 40 anos, VIH-1 positivo desde janeiro de 2023, em terapêutica antirretrovírica com bictegravir (adesão intermitente), ex-toxicodependente. CD4 inicial 487/mm³ e carga viral 232 981 cópias/mL; atualmente CD4 202/mm³ com carga viral indetetável. Em 2022 realizou biópsia de lesão não cicatrizante do palato, perdendo seguimento posteriormente. Reavaliado em março de 2024, a biópsia revelou neoplasia de plasmócitos com restrição kappa compatível com plasmocitoma, sem critérios de mieloma múltiplo. Realizou radioterapia local com aparente boa resposta, mas voltou a faltar às consultas.

Em 2024 regressou por lesão expansiva da hemiface esquerda com epistaxis persistente, dor intensa e perda ponderal. Observou-se massa volumosa do seio maxilar esquerdo, friável e sangrante. Hemoglobina: 7,6 g/dL.

Marcha diagnóstica: PET-CT revelou extensa lesão lítica envolvendo seio frontal e maxilar esquerdos (75×60×33 mm; SUVmax 23,4) e múltiplas lesões ósseas hipermetabólicas (esterno, L2 e fémures), sugerindo progressão sistêmica (Deauville 5). Iniciou dexametasona EV, analgesia major e transfusão de duas unidades de concentrado eritrocitário.

Biópsia da nova lesão mostrou neoplasia com diferenciação plasmablastica, elevado índice proliferativo e positividade para EBV/EBER, compatível com linfoma plasmablastico. Mielograma e estudo citogenético foram programados para estadiamento.

Discussão e conclusão: O caso ilustra a dificuldade diagnóstica em doentes imunocomprometidos, pela

sobreposição entre plasmocitoma, mieloma múltiplo e linfoma plasmablastico. Após plasmocitoma inicialmente controlado, o doente evoluiu para linfoma plasmablastico EBV-positivo, associado ao VIH. A evolução agressiva reforça a importância do seguimento clínico rigoroso e do reconhecimento precoce de transformação neoplásica.

POA 116

DA INCERTEZA AO DIAGNÓSTICO: UMA CAUSA ESQUECIDA DE EMAGRECIMENTO

Inês Pereira De Oliveira; Cláudia Silva; Sara Oliveira Gomes; Margarida Arantes Silva; Inês de Albuquerque Monteiro; Cátia Teixeira
ULS Médio Ave

Introdução: A perda ponderal não intencional no adulto constitui sinal de alarme que exige investigação estruturada, dada a diversidade frequentemente integração etiológica e o impacto prognóstico. Embora causas neoplásicas, psiquiátricas, endócrinas e gastrointestinais sejam consideradas, apresentações insidiosas com estudo inicial negativo representam desafio diagnóstico. Nesses contextos, a da história clínica, fatores epidemiológicos e exames dirigidos é fundamental para evitar atrasos.

Caso clínico: Sexo feminino, 48 anos, embaladora, com antecedentes de depressão e compulsão alimentar, medicada com fluoxetina e trazodona. Referia perda ponderal progressiva apesar de ingestão adequada, passando de 60 kg (04/2025) para 44 kg (10/2025), com peso habitual de 55 kg. Negava comportamentos purgativos ou exercício excessivo. Residia em meio rural, consumia carne de criação própria (aves e porco) e utilizava água de poço não controlada para higiene e confeção alimentar, sem viagens recentes. O estudo inicial, ainda realizado pelo médico assistente, incluiu endoscopias digestivas, tomografia computadorizada toracoabdominopélvica e análises gerais, sem alterações relevantes, sendo referenciada a consulta de Medicina Interna. A revisão detalhada da história e investigação complementar dirigida revelaram exame parasitológico de fezes positivo para *Giardia*. Iniciou metronidazol 250 mg 3id durante 7 dias, com franca melhoria clínica e recuperação ponderal para cerca de 52 kg. O controlo parasitológico foi negativo.

Discussão: Este caso reforça que a perda ponderal significativa, mesmo sem sintomas gastrointestinais exuberantes, exige abordagem etiológica ampla. A comorbilidade psiquiátrica poderia enviesar para causa funcional; contudo, a evolução e o estudo inicial negativo justificaram aprofundamento, sendo a exposição ambiental determinante. A infeção por *Giardia* pode ter apresentação subaguda e inespecífica, contribuindo para subdiagnóstico em adultos. Importa manter elevada suspeição perante emagrecimento inexplicado, valorizar o contexto epidemiológico e incluir o estudo

parasitológico quando pertinente, tratando-se de etiologias potencialmente reversíveis.

POA 117

DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO: UM RESGATE FELINO COM CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS

Rosa Sá; Pedro Jordão De Freitas; Barbara Fraga Campos; Ana Ferreira; Maria João Costeira; Ana Isabel Oliveira
Unidade Local de Saúde de Braga

A *Bartonella* é uma bactéria gram-negativa zoonótica, transmitida ao ser humano sobretudo por gatos. A *Bartonella henselae* é a principal causa da doença da arranhadura do gato, que pode manifestar-se com linfadenopatia localizada e, por vezes, sintomas sistémicos. Homem, 19 anos, encaminhado à Medicina Interna por adenopatia axilar direita volumosa. Relatou ter resgatado um gato ferido meses antes, sofrendo arranhões que desvalorizou. Alguns meses depois, notou o aparecimento de uma volumosa adenopatia axilar direita, o que o levou a procurar apoio médico. Negava febre, perda ponderal, hipersudorese noturna ou outras queixas sistémicas. Perante este quadro, foi realizada uma investigação alargada. O estudo laboratorial evidenciava leucocitose neutrofílica com elevação concomitante da PCR e serologias víricas negativas. A biópsia ganglionar revelou linfadenite granulomatosa necrotizante, com estudo microbiológico e micobacteriológico negativo. A tomografia por emissão de positões não evidenciou neoplasia. A imunoserologia para *Bartonella henselae* mostrou IgG 1/640 e IgM negativa, sugerindo infeção prévia. Estabeleceu-se o diagnóstico de doença da arranhadura do gato, sendo tratado com azitromicina, com resolução completa da adenopatia. Este caso reforça a *Bartonella henselae* como um diagnóstico raro, mas essencial perante adenopatias persistentes. A história clínica detalhada é fundamental, uma vez que o contacto com felinos pode passar despercebido. Além disso, destaca-se a necessidade de um diagnóstico diferencial abrangente, incluindo a exclusão de doenças hematológicas, como linfomas, antes de se estabelecer uma etiologia infecciosa. O reconhecimento precoce e o início oportuno da antibioterapia são cruciais para prevenir complicações e acelerar a resolução do quadro. Por fim, enfatiza-se a importância da avaliação médica após ferimentos causados por animais, mesmo que aparentemente inofensivos, garantindo uma gestão adequada e reduzindo riscos à saúde.

POA 118

TB OR NOT TB

Marta Moitinho; Joana Fernandes; Helena Temido; Ana Almeida; Vera Beato
Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa

A Síndrome de Kikuchi-Fujimoto (SKF) é uma entidade rara, benigna e geralmente autolimitada, que afeta sobretudo mulheres jovens. Caracteriza-se por adeno-

patias cervicais dolorosas, febre e leucopenia. Pode mimetizar linfoma ou tuberculose ganglionar, sobretudo em regiões com elevada prevalência de *Mycobacterium tuberculosis*. Está descrita a associação com o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), podendo preceder ou coexistir com doença autoimune sistêmica. O reconhecimento desta entidade é fundamental para evitar terapêuticas desnecessárias.

Mulher, 27 anos, natural de Cabo Verde, com primeiro episódio de adenopatias cervicais à direita, febre e sudorese noturna aos 18 anos. A biópsia revelou linfadenite granulomatosa com necrose central; tinha exames microbiológicos negativos mas cumpriu 6 meses de terapêutica antibacilar. Em 2023 apresentou novo episódio contralateral; investigação infecciosa inconclusiva e biópsia com arquitetura ganglionar preservada, sem granulomas ou necrose, Ziehl-Neelsen negativo; regressão espontânea em 3-4 meses. Em 2024 apresentou nova recidiva à direita, também autolimitada. Referia aftose oral recorrente e rigidez matinal 30 minutos, sem sinais de sinovite. Apresentava bom estado geral, sem lesões mucocutâneas ou alterações ao exame articular. Laboratório com leucopenia persistente ($<4000/\mu\text{L}$), ANA positivo com restante estudo imunológico e infeccioso negativo. Admitiu-se SKF com possível enquadramento no espectro do LES. Atendendo à recorrência dos episódios, iniciou hidroxiquina. Por agravamento das queixas articulares e da neutropenia, associou-se corticóide em baixa dose, estando atualmente assintomática.

Este caso evidencia a dificuldade na distinção entre SKF e tuberculose ganglionar em contextos endêmicos, podendo conduzir a tratamento empírico prolongado sem confirmação microbiológica. A recorrência, leucopenia persistente e ANA positivo levantam suspeita de associação autoimune, reconhecida na literatura como possível manifestação inicial de LES. Perante adenopatias necrotizantes recorrentes em mulheres jovens, é essencial integrar dados clínicos, histológicos e imunológicos, garantindo seguimento longitudinal para evitar terapêuticas inadequadas e detetar precocemente evolução para doença autoimune sistêmica.

POA 119

CELULITE ATÍPICA: DESMASCARANDO UM CASO DE TUBERCULOSE CUTÂNEA

Margarida Guiomar; Catarina Reis Barão; Ana Margarida Silva; Inês Carvalho De Sousa; Inês Matias Lopes; Henrique Atalaia Barbacena; Federica Parlato; António Martins Batista
ULS Sta. Maria

A tuberculose permanece uma importante causa de morbidade global, as formas extrapulmonares representam desafios diagnósticos significativos. A tuberculose cutânea é uma manifestação rara e frequentemente subdiagnosticada, podendo mimetizar infeções

bacterianas ou dermatoses inflamatórias.

Relata-se o caso de um homem de 24 anos, previamente saudável, natural da Guiné e residente em Portugal há cinco meses, com antecedentes familiares de tuberculose. Recorreu ao serviço de urgência por tumefação dolorosa da região mandibular e mentoniana, associada a lesões ulceradas e necróticas com drenagem purulenta, com uma semana de evolução. Analiticamente apresentava ausência de leucocitose, proteína C reativa de 4,1 mg/dL, procalcitonina de 0,05 ng/mL e velocidade de sedimentação de 92 mm/h. A tomografia computadorizada evidenciou espessamento cutâneo e adenopatias submandibulares, sem coleções drenáveis ou envolvimento ósseo.

Foi inicialmente assumido o diagnóstico de celulite e iniciada antibioterapia empírica. Observou-se agravamento clínico progressivo, com edema facial e lingual exuberante, culminando na necessidade de traqueostomia, apesar de sucessivos ajustes antibióticos e corticoterapia. Surgiram concomitantemente lesões dolorosas nas plantas dos pés, compatíveis com eritema nodoso, após exclusão de embolização setica.

Perante ausência de resposta terapêutica e investigação microbiológica negativa, foi alargado o estudo etiológico. O teste IGRA revelou-se positivo e a reação em cadeia da polimerase em biópsia cutânea identificou *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando o diagnóstico de tuberculose cutânea. Foi iniciada terapêutica antibacilar com resolução completa das lesões em seis meses.

Este caso destaca a necessidade de considerar tuberculose extrapulmonar no diagnóstico diferencial de infeções cutâneas atípicas, particularmente em doentes provenientes de áreas endêmicas e sem resposta à antibioterapia convencional.

POA 120

HEPATITE AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SÍFILIS SECUNDÁRIA: UM CASO CLÍNICO

Adriana Costa; Ana Margarida Fonseca; Natacha Alves; Manuela Dias; Jorge Almeida
Centro Hospitalar De São João EPE

A sífilis secundária é a fase da infecção por *Treponema pallidum* que ocorre geralmente entre 4 e 10 semanas após o aparecimento da lesão primária e resulta da disseminação hematogénica do agente, podendo causar manifestações cutâneas, mucosas e sistêmicas. O envolvimento hepático é raro e pode manifestar-se como hepatite.

Sexo masculino, 23 anos, natural do Brasil, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por uma quadro de astenia, náuseas e vômitos com 1 mês de evolução. Do estudo analítico realizado a destacar citocolestase (AST 156 U/L, ALT 197 U/L, GGT 293 U/L, FA 600 U/L), com hiperbilirrubinemia (BT 7 mg/dl, BD 4.4 mg/dl), sem trombocitopenia e sem coa-

gulopatia. Realizou ecografia abdominal que permitiu excluir litíase vesicular e colecistite aguda. Ficou internado no serviço de Medicina Interna para continuação do estudo e tratamento.

Do estudo complementar, pedido ainda nas urgências, com VIH e VHC negativos, VHB sem imunidade protetora, imune para CMV, EBV, Rubéola e não imune para Toxoplasmose. No internamento verifica-se que o doente apresenta adenomegalias cervicais palpáveis, fibroelásticas, não aderentes aos planos profundos e dolorosas ao toque. Adicionalmente com rash maculopapular difuso, com atingimento das palmas das mãos e plantas dos pés. Revendo a história, doente com comportamentos sexuais desprotegidos. Complementou-se estudo pesquisa de outras doenças sexualmente transmissíveis, com TPPA positivo e VDRL como 256 diluições. Foi feito o diagnóstico de sífilis secundária e tratado com toma única de penicilina 2 400 000/UI, com evolução clínica e analítica muito favorável, com normalização dos valores hepáticos.

Este caso realça a importância de uma boa história clínica e exame Objetivo e no que diz respeito à sífilis secundária, a hepatite, principalmente colestatia (fator R 1 neste caso), pode ser uma das suas manifestações, ainda que pouco frequente.

POA 121

SÍFILIS SECUNDÁRIA COMO CAUSA REVERSÍVEL DE SÍNDROME NEFRÓTICA

Maria Inês Rocha; Bruno Santos Ferreira;
André Carvalho Loureiro; Ana Isabel Ferreira
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A sífilis tem registado um ressurgimento nas últimas décadas e, embora seja mais conhecida pelas manifestações mucocutâneas, pode, raramente, envolver o rim de forma potencialmente reversível, sendo a nefropatia membranosa a forma mais frequentemente descrita.

Caso clínico: Mulher de 22 anos, melanodérmica, sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual, recorreu ao serviço de urgência por edema generalizado. Ao exame Objetivo apresentava edema bilateral e simétrico dos membros inferiores com extensão até à raiz das coxas, edema periorbitário e tumefação frontal com cerca de cinco dias de evolução. Associadamente, apresentava urina espumosa, sem hematúria e a pressão arterial era de 137/88mmHg. Analiticamente, destacava-se hipoalbuminemia (19,4 g/L), proteinúria nefrótica (13,86 g/24h), albuminúria (1854,7 mg/24h) e hiperlipidemia (colesterol total 333 mg/dL). Durante o internamento, teve o surgimento de exantema maculopapular difuso, não pruriginoso, associado a história de relações sexuais desprotegidas duas semanas antes do início dos sintomas. A serologia para *Treponema pallidum* foi positiva, com título VDRL de 1:16, compatível com sífilis ativa se-

cundária. A serologia realizada a partir de exsudado vaginal foi também positiva para *Mycoplasma genitalium* e *Trichomonas vaginalis*. As serologias víricas e o estudo autoimune foram negativos. A biópsia renal revelou nefropatia membranosa, sem padrão *full-house* na imunohistoquímica. Uma semana após 1 toma de penicilina G benzatínica (2.4 milhões unidades) verificou-se melhoria clínica e laboratorial marcada: resolução completa do edema facial e dos membros inferiores, perda ponderal de 8 Kg, desaparecimento do exantema, aumento da albumina sérica (29,1 g/L) e apenas albuminúria (23,5 mg/24 horas) e proteinúria residuais (140 mg/24 horas). Teve alta apenas com antibioterapia dirigida às coinfeções identificadas.

Discussão: Este caso ilustra uma forma rara, mas tratável, de síndrome nefrótica secundária a sífilis e sublinha a importância de considerar causas infecciosas no estudo etiológico da nefropatia membranosa, uma vez que o tratamento específico pode conduzir à remissão completa e evitar imunossupressão desnecessária.

POA 122

QUANDO UMA SINUSITE SE TORNA UMA EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA

Diana Marreiros¹; Carlos A. Guimarães²; Maria Eduarda Leitão²;
João Silva Nunes²; Pedro Vita²; Cátia Albino¹

¹Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano; ²Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: A sinusite é uma patologia frequente e geralmente benigna. Contudo, em casos raros, pode evoluir para complicações intracranianas graves e potencialmente fatais. Apresenta-se um caso de sinusite recidivante e refratária com evolução para empiema intracraniano, meningite, cerebrites, trombose venosa cerebral e estado de mal epilético, ilustrando a gravidade que uma infeção aparentemente comum pode assumir.

Caso clínico: Homem, 40 anos, autónomo, fumador, portador de variante familiar associada a risco aumentado de neoplasias colorretal, da próstata e mama, alergia à penicilina e história de sinusite recidivante e refratária a múltiplos ciclos de antibioterapia nos 2 meses prévios. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia frontal direita, febre, fotofobia e náuseas há 2 dias. Ao exame: sonolento, dor à percussão frontal direita, sem défices neurológicos focais. Analiticamente: leucocitose 24700/μL, neutrofilia 20600/μL e PCR 139 mg/L. Punção lombar com líquido cefalorraquidiano turvo, polimorfonucleares 1366 cél/μL, glicose 0.64 g/L e proteínas 1.07 g/L, compatível com meningite bacteriana. A TC cranioencefálica evidenciou sinusite extensa com erosão da parede posterior do seio frontal direito e suspeita de extensão intracraniana. A RM confirmou coleção epidural frontal direita, empiema subdural hemisférico direito, cerebrites fronto-orbitária e trombose parcial do seio lateral esquerdo. Foi submetido a sinusotomia com maxilectomia e etmoidectomia

total, seguida de craniotomia frontal e parietal direita com drenagem do empiema subdural. Iniciou antibioticoterapia com meropenem, vancomicina e metronidazol, posteriormente ajustada para meropenem após isolamento de *Streptococcus anginosus*. EEG documentou estado de mal epilético, controlado com levetiracetam e lacosamida. Iniciou ainda corticoterapia por cerebrite e anticoagulação por trombose venosa cerebral, com evolução clínica favorável.

Discussão: Este caso evidencia como uma sinusite aparentemente banal pode evoluir para complicações intracranianas graves e potencialmente fatais. O reconhecimento precoce de sinais de alarme, a realização célere de exames de imagem e a abordagem multidisciplinar com intervenção cirúrgica e antibiótoterapia dirigida são determinantes para reduzir a morbidade e mortalidade.

POA 123

DO ERITEMA MIGRANS AO ENVOLVIMENTO MULTISSISTÊMICO: QUANDO A CLÍNICA VAI ALÉM DA PELE

Diogo Morgado; Mariana Lino Gaspar; Mariana Bento Castro; Cristiana Lopes; Mariana da Cruz; Carla Fidalgo; Cindy Tribuna; Joana Sotto

Hospital de Braga

Introdução: A borreliose é uma zoonose transmitida através da picada de carrapatos, pertencentes ao género *Ixodes*. Trata-se de uma infeção bacteriana por espiroquetas de *Borrelia*, existindo seis espécies diferentes, sendo a mais comum a *B. burgdorferi*. A apresentação clínica depende do atingimento orgânico e da fase da doença. O envolvimento neurológico – neuroborreliose e muscular ocorrem em cerca de 10–15% e até 60%, respetivamente, dos doentes não tratados e podem manifestar-se precoce ou tardiamente. **Caso clínico:** Homem, 69 anos, antecedentes de gamopatia monoclonal de significado indeterminado. Internado por mal-estar inespecífico com 4 semanas de evolução, mialgias e poliartralgias migratórias, nomeadamente joelhos, tornozelos, carpo e metacarpo-falângicas. Adicionalmente, esposa descreve-o como bradipsíquico, discurso confabulatório e história de eritema limitado à região gemelar direita, autolimitado, duração de 2 semanas, 6 meses antes da admissão. Objetivamente sem alterações ao exame articular, alodinia dos membros inferiores, sem demais défices neurológicos. Síndrome de resposta inflamatória sistémica; CK de 35 U/L, mioglobina de 89 ng/mL, TGO de 29 U/L e LDH de 125 U/L. Tomografia torácica, abdominal e pélvica sem alterações. Hemoculturas e serologias víricas sem isolamentos. Serologia e confirmatório para *B. burgdorferi* positivo, pelo que iniciou doxiciclina 100mg bid. Punção lombar com pressão de abertura de 25 cmH₂O, proteinorráquia de 1.22 g/L, bandas oligoclonais positivas; serologias negativas para *Borrelia*.

Assume-se doença de Lyme com provável disseminação precoce com atingimento neurológico e muscular. Com a terapêutica, destaca-se uma resolução das queixas musculares e melhoria importante cognitiva. **Discussão:** O diagnóstico de borreliose é um desafio clínico, sobretudo perante a ausência de história clara de picada de carrapa e visualização patognomónica do eritema migrans. Nestes casos, devido à sua apresentação inespecífica, a borreliose, acaba frequentemente por ser confundida com outras patologias inflamatórias, infecciosas ou autoimunes, sendo subdiagnosticada. O tratamento de escolha para a maioria das apresentações é a Doxiciclina 100mg 2x bid, sendo a duração recomendada para o envolvimento neurológico 14 a 21 dias e 28 dias se envolvimento muscular.

POA 124

HEPATITE E: UMA CAUSA SUBDIAGNOSTICADA DE HEPATITE AGUDA

Beatriz Macedo Santos; Marco Marta; Miguel Antunes; Ana Sá; Vanessa Palha; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

A hepatite aguda constitui um desafio diagnóstico frequente na prática clínica. O vírus da hepatite E (VHE) tem emergido como causa relevante em países desenvolvidos, frequentemente subdiagnosticado devido à baixa suspeição clínica.

Mulher de 51 anos, autónoma, sem antecedentes. Medicada com nitrofurantoína e nimesulida por cistite aguda com 6 dias de evolução. Recorreu à urgência por náuseas e vômitos há 3 dias. Ao exame físico apresentava dor à palpação dos quadrantes direitos do abdómen. Analiticamente, aspartato aminotransferase 3191 U/L, alanina aminotransferase 2469 U/L, bilirrubina total 4,71 mg/dL e direta 3,49 mg/dL, fosfatase alcalina 406 U/L, lactato desidrogenase 1209 U/L e proteína C reativa 25,94 mg/L. Ecografia abdominal sem alterações. Sem história de consumo de álcool, produtos de erva, alimentos não pasteurizados, viagens recentes ou contacto com animais. Assumida hepatite aguda de provável etiologia tóxica (nitrofurantoína e nimesulida).

Do restante estudo: serologias negativas para vírus da hepatite A, B, C e vírus da imunodeficiência humana, com contacto prévio com citomegalovírus e vírus Epstein-Barr. Investigação adicional negativa para sífilis, parvovírus B19, *Borrelia*, *Leptospira* e *Mycoplasma pneumoniae*. Perante evolução clínica e analítica favorável, teve alta com seguimento em ambulatório. A investigação complementar excluiu infeção por *Salmonella*, *Brucella*, rickettsioses, *Leishmania* e *Fasciola*. Posteriormente, verificou-se positividade para Imunoglobulina M anti-hepatite E, confirmando infeção aguda. Após 2 semanas, a doente encontrava-se assintomática e com normalização dos parâmetros analíticos. Este caso ilustra o desafio diagnóstico da hepatite aguda, particularmente na presença de fatores con-

fundidores. A ampla investigação permitiu excluir múltiplos agentes infecciosos e conduziu ao diagnóstico definitivo. Reforça a importância de incluir o estudo do VHE na abordagem diagnóstica, mesmo na presença de agentes hepatotóxicos.

POA 125

QUANDO O EXANTEMA CHEGA DEPOIS: PNEUMONIA POR VARICELA COM APRESENTAÇÃO INICIAL INESPECÍFICA

Susana Tânger Correia; Sofia Sequeira; Maria Beatriz Santos;
Lénio Couto; Paulo Ávila

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: A infecção primária pelo vírus Varicella-Zoster (VZV) em adultos pode associar-se a complicações graves, nomeadamente pneumonia, particularmente em fumadores. O diagnóstico pode ser desafiante quando a apresentação inicial é inespecífica e precede o aparecimento do exantema. Apresentamos um caso de pneumonia por VZV cujo diagnóstico foi esclarecido após o surgimento tardio das lesões cutâneas.

Caso clínico: Homem de 41 anos, ex-fumador, com antecedentes de cavernoma da veia porta com hipertensão portal e vitiligo, recorreu ao Serviço de Urgência por febre e mialgias com dois dias de evolução. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável e sem queixas respiratórias. Analiticamente, destacava-se trombocitopenia (52.000/ μ L) e proteína C-reativa discretamente elevada. A radiografia torácica inicial não evidenciava alterações relevantes. Foi internado por síndrome febril, tendo iniciado antibioterapia empírica. Durante o internamento, surgiram múltiplas lesões cutâneas vesiculares em diferentes fases evolutivas, sugestivas de infecção primária por VZV. Concomitantemente, verificou-se hipoxemia ligeira e infiltrado bibasal de novo na radiografia torácica, compatível com pneumonia vírica. A *polymerase chain reaction* para VZV em amostra de lesão vesicular confirmou o diagnóstico. Iniciou aciclovir endovenoso com evolução clínica favorável, tendo completado terapêutica antiviral intravenosa seguida de valaciclovir oral.

Discussão: A pneumonia por VZV constitui complicação rara, mas potencialmente grave da infeção primária em adultos. Este caso demonstra que a apresentação inicial pode mimetizar uma síndrome viral inespecífica, sem exantema à admissão, podendo atrasar o diagnóstico. Perante síndrome febril com trombocitopenia e alterações respiratórias em adultos, particularmente fumadores, a infecção por VZV deve ser considerada, permitindo diagnóstico precoce e início atempado de terapêutica antiviral, com impacto no prognóstico.

POA 126

UM CASO RARO DE BACTERIEMIA POR CAMPYLOBACTER FETUS

Diana Montagna; Rita Sarmento; Hélia Mateus;
Alexandra Vaz; Edite Nascimento

Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: O *Campylobacter Fetus* é um bacilo Gram-negativo, responsável por bacteriemia ao contrário das outras espécies do mesmo género, principalmente em indivíduos imunocomprometidos. A sua capacidade de evasão ao sistema imunitário deve-se a uma constante variação antigénica, havendo a possibilidade de recorrência após vários anos da primoinfeção.

Caso clínico: Homem de 76 anos, autónomo e com antecedentes de doença hepática associada ao álcool (abstinente há 2 anos), mieloma múltiplo, cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e ex-fumador de 40 UMA.

Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de diarreia com presença de sangue e muco com um mês de evolução, astenia e perda ponderal não quantificada. No dia anterior à admissão teve febre e um vômito.

Analiticamente, apresentou lesão renal aguda KDIGO 2 não oligúrica no contexto de depleção significativa de volume com acidose metabólica, hipercalemia e aumento dos parâmetros inflamatórios. A pesquisa de toxina *Clostridium* e as coproculturas foram negativas. As hemoculturas foram positivas para *Campylobacter Fetus*, pelo que iniciou antibioterapia dirigida com Doxiciclina de acordo com o TSA, que cumpriu durante 14 dias. O ecocardiograma não revelou vegetações.

Teve uma boa evolução clínica e analítica com alta hospitalar.

Discussão: A bacteriemia por *Campylobacter Fetus* é uma entidade rara, descrita predominantemente em indivíduos imunocomprometidos, tal como neste caso. A identificação microbiológica precoce e a instituição de antibioterapia dirigida são fundamentais para reduzir o risco de complicações potencialmente graves, nomeadamente de endocardite e de infeções do sistema nervoso central.

POA 127

MAGNUSIOMYCES CAPITATUS: INFEÇÃO OPORTUNISTA EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

Mariana Gaspar Pedrosa; Margarida Cerqueira; Renato Saraiva
ULS Região de Leiria

A infeção por *Magnusiomyces capitatus* é uma infeção fúngica rara, descrita predominantemente em doentes imunocomprometidos, em destaque nos indivíduos neutropénicos com neoplasias hematológicas. A sua incidência em doentes imunocompetentes é extremamente incomum e escassamente documentada na literatura. Quando identificada neste grupo, geralmente ocorre em indivíduos de meia-idade, com fatores predisponentes que causam alterações estruturais pul-

monares, como o tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica ou tuberculose tratada. Estas alterações podem facilitar a colonização e a subsequente infecção por *M. capitatus*, sugerindo que a arquitetura pulmonar local desempenha um papel crucial na patogênese da doença nestes doentes.

Apresenta-se o caso de um homem de 50 anos, fumador ativo (60 unidades maço-ano), sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia intensa para pequenos esforços, febre e tosse produtiva. Foi internado no Serviço de Medicina Interna com diagnóstico de Pneumonia a *Legionella*, após positividade em antigénio urinário, sob antibioterapia com Levofloxacina. Devido à persistência da sintomatologia respiratória e dificuldade no desmame da oxigenoterapia, realizou novo rastreio sético com isolamento de *Magnusiomyces capitatus* na expetoração. Doseamento de imunoglobulinas, marcadores virais e imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações relevantes. Foi iniciada terapêutica antifúngica com fluconazol durante 8 semanas com melhoria clínica significativa.

Este caso evidencia a raridade de infeções por *M. capitatus* em doentes imunocompetentes, destacando a importância de considerar causas fúngicas em infeções respiratórias persistentes, nomeadamente em indivíduos com fatores predisponentes como alterações estruturais pulmonares associadas ao tabagismo.

POA 128

ESPIROQUETOSE INTESTINAL COMO CAUSA RARA DE DIARREIA CRÔNICA

Ana Cristina Peixoto; Ana Luísa Maceda Rodrigues; Margarida Miguel Paraíso; Rita Pratas; Clara Silva; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A espiroquetose intestinal é uma entidade clínica rara e subdiagnosticada, que resulta da colonização do epitélio colorretal por espiroquetas. Embora tipicamente associada à imunossupressão em países desenvolvidos, a sua apresentação em imunocompetentes pode mimetizar patologias inflamatórias ou infecciosas graves, desafiando o raciocínio clínico convencional.

Caso clínico: Homem de 35 anos, sem antecedentes de relevo, admitido por diarreia aquosa, cólicas e perda ponderal de 15% em 10 semanas. Negou viagens recentes, antibioterapia ou comportamentos de risco. Referiu sudorese noturna, mas negou febre.

Ao exame Objetivo, estava emagrecido, pálido e desidratado, com desconforto à palpação abdominal. Analiticamente destacava-se anemia microcítica (hemoglobina 11,9 mg/dL, volume corpuscular médio 75 fL) e proteína C reativa de 217,2 mg/L. A ecografia abdominal mostrou ascite moderada, sem massas intra-abdominais. Foi internado para investigação.

No internamento, a tomografia axial computarizada torácica, abdominal e pélvica, confirmou a presença de ascite, sem outras alterações. A paracentese mostrou líquido peritoneal com 9.537 células/μL (predomínio mononuclear), gradiente de albumina soro-ascite <1,1 g/dL e adenosina desaminase de 78 U/L. As culturas de sangue, líquido peritoneal e fezes, bem como a pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* foram negativas. As serologias para o vírus de imunodeficiência humana, sífilis e hepatites foram igualmente negativas. Imunofenotipagem, eletroforese de proteínas, estudo autoimune e anticorpos de doença celíaca sem alterações. Identificou-se hipogamaglobulinemia de imunoglobulina A isolada. Estudos endoscópicos sem alterações macroscópicas, mas as biópsias identificaram colonização por espiroquetas. O doente cumpriu 14 dias de metronidazol com franca melhoria clínica e analítica.

Conclusão: A espiroquetose intestinal é uma causa rara, mas tratável de diarreia crônica. A ausência de alterações macroscópicas na endoscopia não exclui patologia gastrointestinal grave, sendo a histopatologia decisiva para o diagnóstico. A hipogamaglobulinemia seletiva de IgA poderá ter constituído um fator predisponente, reforçando a necessidade de elevado índice de suspeição para permitir uma terapêutica dirigida.

POA 129

HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO SINTOMÁTICO – APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Ana Frederica Malheiro Passos Cruz Parente;

Patrícia Tinoco Araújo; Inês Carvalho Machado; Lara Fazenda; Daniel Lima Alves; António Cardoso Fernandes; Maria Vilela; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

Hospital STA Luzia

Introdução: Os quadros com características parkinsonianas (parkinsonism-like) constituem um desafio diagnóstico sendo frequentemente atribuídos a doença neurodegenerativa, particularmente à Doença de Parkinson. Contudo, diversas condições potencialmente reversíveis podem mimetizar esta apresentação clínica, incluindo causas metabólicas, endócrinas e farmacológicas. A sua identificação é fundamental para evitar diagnósticos incorretos e permitir terapêutica dirigida.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, asma e perturbação depressiva. Recorreu ao SU três vezes numa semana, por quadro de lentificação psicomotora, tremor generalizado, instabilidade da marcha, com cerca de 2 meses de evolução e agravamento progressivo, condicionando dependência na autonomia. Nas duas primeiras avaliações foi descartada causa infecciosa, distúrbios iónicos e hidroelectrolíticos, LOE cerebral, lesão vascular aguda e subaguda. Foi avaliada por Neurologia, que assume diagnóstico de provável parkinsonismo, tendo sido medicada com levodopa/carbidopa e entacapo-

na. Dado agravamento de quadro clínico concomitante com início de terapêutica antiparkinsoniana, recorre pela terceira vez ao SU, tendo a primeira avaliação por Medicina Interna (MI). Do estudo efetuado, são corroborados os resultados anteriores, destacando-se, contudo, TSH de 0,3 mUI/L e T4L 0.93ng/dL. Equacionado hipertiroidismo subclínico sintomático como causa etiológica, iniciou terapêutica com tiamazol 5mg/dia. Após 3 semanas de tratamento, avaliada em CE MI, a doente apresenta franca melhoria com recuperação da marcha autónoma e da independência funcional.

Discussão: Este caso evidencia um quadro de parkinsonismo-like potencialmente reversível associado a hipertiroidismo subclínico sintomático. A ausência de resposta à terapêutica dopaminérgica deve motivar reavaliação diagnóstica e pesquisa de causas metabólicas ou endócrinas. A avaliação da função tiroideia deve integrar o estudo etiológico inicial de parkinsonismo de início recente, evolução atípica ou ausência de resposta terapêutica, permitindo identificar causas tratáveis e evitar o sobrediagnóstico de doença neurodegenerativa.

POA 130

INTOXICAÇÃO POR VITAMINA D COMO CAUSA RARA DE HIPERCALCEMIA GRAVE

Catarina Flor Martins; Rita Marques Borges; Rosário Calado; Francisco Pinheiro; Susana Loureiro; Filipa Daniela Silva; Maria Isabel Apolinário; Ana Luísa Azevedo; Guilherme Gomes
Hospital de Braga

Introdução: A hipercalcemia grave associa-se habitualmente a doença neoplásica, frequentemente em contexto de síndrome paraneoplásica, ou a hiperparatiroidismo primário. Valores superiores a 14 mg/dL são raros na intoxicação por vitamina D. O consumo excessivo de suplementos vitamínicos pode causar hipercalcemia grave, disfunção renal e complicações sistémicas.

Caso clínico: Homem de 57 anos, com esclerose múltipla diagnosticada em 2018 e tetraparesia espástica grau 4 de predomínio direito, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias, medicado com fampri-dina, baclofeno e vitamina D 25 000 UI/dia. Recorreu ao serviço de urgência por dois dias de diarreia, desconforto abdominal, anorexia e fraqueza. Ao exame Objetivo, apresentava discurso confuso e dor leve à palpação da fossa ilíaca esquerda. Analiticamente destacavam-se creatinina 3 mg/dL, cálcio total corrigido 15,2 mg/dL, fósforo 4,9 mg/dL, PCR 134,9 mg/L e PTH 12,6 pg/mL. A tomografia abdominopélvica revelou espessamento do cólon sugestivo de colite e captação renal difusa e simétrica, sem uropatia obstrutiva. Iniciou fluidoterapia intensiva e ácido zoledrónico. Na revisão medicamentosa, revelou automedicação com múltiplos suplementos e adesão a protocolo alternativo para esclerose múltipla com vitamina D3 25 000 UI

duas vezes/dia. O doseamento de 25-hidroxivitamina D foi superior a 150 ng/mL, acima do limiar tóxico de 100 ng/mL. Verificou-se normalização progressiva da função renal e da calcemia ao 11.º dia.

Discussão: e conclusão: Este caso ilustra uma apresentação rara de hipercalcemia grave secundária a intoxicação por vitamina D. O excesso desta vitamina pode causar nefropatia hipercalcémica e nefrocalcinose, justificando a disfunção renal observada. Destaca-se a importância de investigar o consumo de suplementos no estudo da hipercalcemia, permitindo identificar causas reversíveis e evitar investigação extensiva de etiologias mais frequentes, como doença neoplásica.

POA 131

MASSA DO MEDIASTINO ANTERIOR: UM DIAGNÓSTICO RARO

Mari Angela N. Lopes; Dília R. Valente; Halyna Fishchuk; Nuno Bernardino Vieira
Hospital de Portimão

Introdução: A tiróide ectópica resulta de alterações na migração embrionária da glândula tiroideia e constitui uma entidade rara, com prevalência estimada de 1/100.000–300.000 indivíduos. A localização mediastínica é particularmente incomum, representando menos de 1% das ectopias tiroideias descritas e uma causa rara de massa do mediastino anterior. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica, podendo mimetizar neoplasias mediastínicas e constituir um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher 47 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, recorre ao serviço de urgência por dor torácica para-esternal direita com irradiação para o ombro e região infra-escapular, sem dispneia ou febre associadas. Ao exame Objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, sem alterações na auscultação cardiopulmonar. A radiografia torácica revelou imagem sugestiva de massa peri-hilar direita. A tomografia computadorizada torácica confirmou lesão expansiva sólida do mediastino anterior, paramediana direita, com cerca de 9,4 cm, heterogénea, inicialmente suspeita de etiologia neoplásica, nomeadamente timoma ou linfoma. Foi internada completando estudo com biópsia percutânea guiada por imagem para caracterização histológica, que evidenciou tecido tiroideu. Foi orientada para Cirurgia Cardior torácica sendo submetida a ressecção da tiroide ectópica mediastínica, com resolução sintomática.

Discussão: e conclusão: As massas do mediastino anterior apresentam um amplo diagnóstico diferencial, incluindo timoma, linfoma, tumores germinativos e patologia tiroideia. Apesar de rara, a tiróide ectópica mediastínica deve ser considerada neste contexto. Este caso destaca a raridade desta entidade, a apresentação clínica inespecífica e o desafio diagnóstico asso-

ciado às massas mediastínicas. Perante uma massa do mediastino anterior, o diagnóstico definitivo requer frequentemente confirmação histológica e a consideração de entidades raras no diagnóstico diferencial.

POA 132

INTOXICAÇÃO POR VITAMINA A COMO CAUSA RARA DE HIPERCALCEMIA

Daniel Lima Alves; José Costa Carvalho; Lara Fazenda; Ana Frederica Parente; Miguel Torrinhos; Maria Muchata; Ana Rita Oliveira; Daniela Salgueiro; António Fernandes; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A hipercalcemia é mais frequentemente causada por hiperparatireoidismo primário ou doença neoplásica. A intoxicação por vitamina A constitui uma etiologia rara, mas potencialmente grave, associada ao aumento do turnover ósseo e estimulação da reabsorção osteoclástica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, previamente saudável, sob isotretinoína 20 mg/dia há cerca de 6 meses para acne. Iniciou cefaleias, náuseas, anorexia e perfil hipertensivo, com evolução para prostração, vômitos e desidratação. À admissão apresentava taquicardia persistente e insuficiência renal aguda (Cr 2,99 mg/dL). O estudo revelou hipercalcemia grave (cálcio ionizado máximo 1,85 mmol/L), hormona paratiroideia suprimida e vitamina D baixa. Observou-se ainda discreta citólise hepática e hepatomegalia. Após investigação etiológica exaustiva, com exclusão das causas mais frequentes de hipercalcemia, a exposição prolongada a retinoides constituiu a única explicação plausível, sustentando o diagnóstico de intoxicação crónica por vitamina A. Foi instituída hidratação intravenosa vigorosa e pamidronato, com melhoria clínica e normalização dos valores de cálcio durante o internamento. Nas semanas subsequentes verificou-se hipercalcemia ligeira, compatível com libertação progressiva do retinol acumulado no fígado e tecido adiposo. Meses após suspensão da terapêutica, o doente encontrava-se assintomático, com função renal preservada e cálcio sérico normalizado.

Conclusão: Este caso reforça a importância da investigação etiológica sistemática da hipercalcemia e destaca a intoxicação por vitamina A como causa rara, mas reversível. A persistência transitória da hipercalcemia reflete a acumulação tecidual do retinol, exigindo vigilância prolongada.

POA 133

SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICA DE ORIGEM HEPÁTICA: COMPLEXIDADE DIAGNÓSTICA E DESAFIO TERAPÊUTICO

Barbara Figueiredo Nunes¹; Margarida Vinhas²; Inês Coelho Cruz²; Mafalda Canudas Costa²; Sara Ribeiro²; Sandra Belo²; Catarina Fernandes²; Luís Nogueira-Silva²; Edite Pereira²; Jorge Almeida²

¹IPO Porto; ²hospital São João EPE

A síndrome de Cushing ectópica (SCE) é uma causa rara de hipercortisolismo endógeno, caracterizada pela produção extra-hipofisária de ACTH. A causa mais frequente são os tumores neuroendócrinos do pulmão. Apresenta-se um caso de carcinoma neuroendócrino hepático como causa de SCE.

Mulher de 65 anos, antecedentes de excesso de peso, hipertensão arterial sem lesão de órgão-alvo, dislipidemia e hipotireoidismo. Enviada ao serviço de urgência por alterações de comportamento (confusão e discurso repetitivo), astenia, anedonia, alteração do ciclo sono, com 2 meses de evolução. Ao exame neurológico, lentificação, desinibição e acalculia. Analiticamente, leucocitose (13990/ μ L) e hipocaliémia (2.2 mmol/L); TC CE sem alterações. No internamento, documentado hipercortisolismo (cortisol livre urinário >5000, prova de frenação com alta dose de dexametasona positiva). Assumido o diagnóstico de SCE. Iniciada terapêutica com metirapona (titulada dose até 750mg, 4id), dexametasona (esquema de block and replace) e espironolactona. Na sequência do estudo efetuado, detetada volumosa massa no lobo direito do fígado, de elevado grau metabólico na PET-FDG; e com expressão aumentada e heterogênea de recetores de somatostatina na PET-DOTANOC, sugerindo doença metastática de origem primária hepatobiliar com aparente invasão da vesícula biliar. Não se identificou outra lesão compatível com lesão primária. A biópsia hepática foi compatível com carcinoma neuroendócrino. A doente manteve alteração do comportamento apesar de controlo progressivo do hipercortisolismo. Foi proposto início de quimioterapia com carboplatina e etoposídeo e seguimento em Cuidados Paliativos. Foi submetida ao 1º ciclo de quimioterapia, mas veio a falecer poucos dias mais tarde.

Este caso demonstra a complexidade diagnóstica e terapêutica da SCE associada a tumores neuroendócrinos e a importância da abordagem multidisciplinar.

POA 134

ALÉM DO DISTÚRPIO ELETROLÍTICO: HIPOCALIEMIA COMO PISTA PARA SÍNDROME DE CUSHING PARANEOPLÁSICO

Ângela Pires Neto; Maria Fialho; Rita Ribeirinho Duarte;
Margarida Jacinto; Miguel Teixeira
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A síndrome de Cushing pode surgir em contexto paraneoplásico quando as glândulas suprarrenais produzem cortisol estimuladas por uma fonte ectópica de ACTH. É comum a associação a tumores neuroendócrinos, mas o diagnóstico pode ser difícil. De seguida, apresentamos o caso de uma doente com um tumor pancreático neuroendócrimo e síndrome de Cushing paraneoplásico.

Caso clínico: Mulher, 59 anos, com tumor pancreático neuroendócrino, sob Capecitabina e Temozolamida, recorre à urgência por cansaço para pequenos esforços, astenia e edema periférico com 15 dias de evolução. Na consulta de Oncologia, destacava-se hipocaliemia com valor mínimo de 1.4mmEq, suplementada com potássio oral e EV, com escasso benefício. Ao exame **Objetivo:** face arredondada (“em lua cheia”), hirsutismo facial, edema bilateral até ao joelho, fraqueza muscular. Apresentava hipocaliemia grave (K 1.6 mmEq) e alcalemia metabólica. Iniciou KCl EV, porém demonstrou refratariedade à terapêutica. Ficou internada no serviço de Medicina Interna.

Durante o internamento, apresentou hiperglicemias de difícil controlo e hipocaliemia refratária à terapêutica EV e oral. Colocou-se então hipótese de Síndrome de Cushing paraneoplásicos. Foi efetuado um estudo dirigido para avaliar a presença de síntese ectópica de ACTH (199 ng/L), Cortisol sérico 59.4 µg/dL, Cortisol livre na urina 3230 µg/24h. Confirmada a hipótese, iniciou-se terapêutica com Metirapona 250mg 6/6h, normalizando os níveis de K. Apresentou insuficiência adrenal subsequente à introdução de Metirapona (cortisol <10 µg/dL), hipotensão, com necessidade de suplementação hormonal com Hidrocortisona 50mg 8/8h, com possibilidade de desmame paulatino até à dose de 15mg/dia. A doente teve alta com K 3.6 mmEq, sem necessidade de suplementação de potássio e resolução do quadro clínico que motivou o internamento.

Discussão: A hipocaliemia é um desequilíbrio eletrolítico frequentemente observado no SU e no serviço de Medicina Interna. A sua etiologia é muitas vezes fácil de compreender, porém este caso reforça a importância de repensar no diagnóstico diferencial em situações de refratariedade à terapêutica. As doenças neoplásicas são um diagnóstico cada vez mais comum e este tipo de alterações devem motivar a pesquisa de síndromes paraneoplásicas que possam estar na sua génese.

POA 135

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA DE ACIL-COA DESIDROGENASES (MADD): UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Daniela Capela Pereira; Sara M. Ribeiro; Catarina Amaral;
Patrícia Varanda Dias; João Miranda
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: A MADD é uma doença metabólica rara com um amplo espectro clínico. A forma de apresentação tardia (tipo III) pode apresentar-se desde a infância até à vida adulta, sendo os sintomas mais comuns a fraqueza muscular, intolerância ao esforço e mialgias.

Caso clínico: Homem de 51 anos, antecedentes de adenocarcinoma da próstata, esteatose hepática, apneia do sono posicional e depressão major. Seguido em consulta por fraqueza muscular e intolerância ao esforço. Objetivada rabdomiólise ligeira persistente e agravamento progressivo das queixas miopáticas.

Por manter agravamento progressivo das queixas e agravamento da rabdomiólise, internado para estudo etiológico. Durante o internamento esteve sob fluidoterapia vigorosa, com agravamento dos parâmetros de citólise muscular após jejum prolongado e melhoria após reintrodução de dieta oral.

Do estudo complementar a destacar hiperlactacidemia sem acidemia com agravamento pós-prandial; eletromiografia com miopatia grave em músculos da cintura pélvica; estudo metabólico com aumento generalizado de acilcarnitinas de cadeia curta, média e longa; ácidos orgânicos urinários com elevação marcada de ácido 2-hidroxi glutárico e 2-hidroxiisovalérico (entre outros); painel genético com mutação patogénica c.405+3AT em heterozigotia e a variante c.92C>T em homozigotia no gene ETFDH.

Perante descompensação metabólica de MADD inaugural, iniciou coenzima Q10, riboflavina e L-carnitina, com melhoria progressiva dos défices e resolução de hiperlactacidemia. Sob tratamento fisiátrico, à alta com autonomia restaurada.

Discussão: As doenças metabólicas são um importante diagnóstico diferencial nas miopatias, devendo ser consideradas mesmo em casos de apresentação em idade avançada. Este caso ilustra a importância do diagnóstico para o acesso a tratamentos eficazes que revertem a perda de funcionalidade e melhoram a qualidade de vida do doente.

POA 136

QUANDO NEM TUDO É METASTIZAÇÃO

Sofia Almada; Sara Nunes Gomes; Mónica Jardim;
Elisa Caldeira; Vasco Faria Nunes; Maria Da Luz Brazão;
Teresa Faria
SESARAM

Introdução: A Osteíte Fibrosa Quística corresponde a uma manifestação óssea avançada do hiperparatireoidismo, consequente do efeito catabólico prolongado

da hormona paratiroideia (PTH) sobre o tecido ósseo. O aparecimento de lesões líticas pode mimetizar doença metastática ou patologia hematológica maligna.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 53 anos, acamada por obesidade mórbida, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, com complicações micro e macrovasculares, doença renal crónica em hemodiálise, nefrectomia esquerda por carcinoma de células renais e história prévia de neoplasia mamária.

Foi admitida no Serviço de Medicina Interna por dor no hipocôndrio esquerdo, vômitos e anorexia com cerca de um mês de evolução. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica evidenciou múltiplas lesões ósseas líticas, inicialmente suspeitas de metastização ou Mieloma múltiplo.

O estudo analítico revelou elevação marcada da PTH (2816 pg/mL) e aumento significativo da fosfatase alcalina, com eletroforese de proteínas e rácio de cadeias leves livres sem alterações. A biópsia óssea de lesão costal identificou tecido hemorrágico com células gigantes multinucleadas (CD68 positivas), sem evidência de células malignas.

A cintigrafia óssea demonstrou aumento difuso da captação do radiofármaco e focos correspondentes às lesões líticas descritas. As tomografias evidenciaram padrão *“salt and pepper skull”* e alterações vertebrais sugestivas de *“rugger jersey spine”*. Após exclusão de doença neoplásica, a doente foi orientada para avaliação multidisciplinar para eventual paratiroidectomia.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação exuberante de osteíte fibrosa quística com múltiplas lesões líticas inicialmente sugestivas de doença metastática. Destaca-se a importância da integração clínica, analítica, imagiológica e histológica na abordagem de lesões ósseas múltiplas, permitindo distinguir entre etiologias neoplásicas e metabólicas, bem como, a orientação adequada do tratamento do hiperparatiroidismo.

POA 137

UMA ESCOLHA INCOMUM E UMA COMPLICAÇÃO INESPERADA: LESÃO HEPÁTICA POR COTRIMOXAZOL

Nicole Moura; Ricardo Pedrosa; Rui Silva; Margarida Araújo; Luísa Pinto; Sofia Caridade; Isabel Silva; Francisco Matos
Hospital de Braga

Introdução: A *Drug-Induced Liver Injury* (DILI) é uma causa importante de insuficiência hepática aguda e apresenta-se como diagnóstico de exclusão. Os antibióticos encontram-se entre os fármacos mais comumente implicados. O Cotrimoxazol, embora menos frequentemente associado, pode originar lesão hepática com padrão hepatocelular, colestativo ou misto, geralmente através de um mecanismo idiossincrático.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, sem antecedentes relevantes ou medicação habitual, com história recente de toma de Cotrimoxazol durante 20 dias por úlcera infetada do membro inferior. No decurso dos

cuidados de penso nos cuidados de saúde primários foi objetivada icterícia, motivando referência ao serviço de urgência. À admissão a doente apresentava icterícia cutâneo-mucosa, sem sinais de hepatopatia crónica ou encefalopatia. Referia três dias de evolução de astenia, anorexia, colúria e acolia, negando dor abdominal, febre, náuseas, vômitos ou prurido. Negava hábitos tabágicos, alcoólicos ou toxicofílicos, ingestão recente de suplementos alimentares, chás, cogumelos ou produtos de ervanária e viagens recentes. Teria terminado antibioterapia 2 dias antes. Analiticamente destacava-se elevação das enzimas hepáticas (Aspartato Aminotransferase 241 U/L; Alanina Aminotransferase 446 U/L; Fosfatase Alcalina 447 U/L) e hiperbilirrubinémia (Bilirrubina Total 10,11 mg/dL; Bilirrubina Direta 6,60 mg/dL), com INR e albumina normais. As serologias víricas foram negativas, a ecografia abdominal não evidenciou dilatação da via biliar principal e o estudo autoimune foi negativo. Uma semana após a suspensão do fármaco, registou-se melhoria significativa clínica e laboratorial.

Conclusão: O quadro é compatível com DILI de padrão misto associada ao cotrimoxazol, após exclusão de causas alternativas. A evolução favorável após suspensão do fármaco reforça a importância da suspeição precoce de DILI em doentes com início recente de toma de fármacos nomeadamente antibioterapia.

POA 138

LESÃO HEPÁTICA AGUDA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE DRESS: DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Martins Da Costa¹; Ana Gabriela Paupério²; Alexandra Silva Azevedo³; Cláudia Maria Pereira¹; Diana Valadares¹; Judit Gandára¹; Vítor Lopes¹; Sofia Ribeiro Ferreira¹

¹Unidade Local de Saúde de Santo António; ²Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga; ³Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: A síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reação adversa medicamentosa grave, mediada por células T, caracterizada por exantema, febre, alterações hematológicas e envolvimento multiorgânico. O fígado é o órgão sólido mais frequentemente afetado, podendo a lesão hepática preceder o rash cutâneo em até 10% dos casos. A hepatite pode evoluir para falência hepática aguda, associando-se a mortalidade significativa.

Caso clínico: Mulher de 49 anos com paraparesia espástica e uso recorrente de antibioterapia - amoxicilina/ácido clavulânico (AMC) - por infeções cutâneas. Medicada com AMC por infeção respiratória. Após 3 dias de tratamento inicia quadro de icterícia, colúria e epigastria, sem febre ou encefalopatia; análises com lesão hepática aguda de padrão colestativo - R value=1.6 - (AST 2102U/L; ALT 634U/L; FA 1796U/L; GGT 116U/L; BT 15mg/dL) e coagulopatia (INR 1.7), eosinófilos normais; TC abdominal com hepatomegalia

sem adenopatias, vasos hepáticos patentes. Exclusão de outras causas: estudo imune normal e vírus hepáticos negativos. Biópsia inicial não diagnóstica. Manteve agravamento com BT máxima de 32mg/dL, sem encefalopatia. Ao 20.º dia de internamento associa-se febre, eosinofilia e exantema maculopapular difuso. Iniciou corticoterapia (CCT) com boa evolução inicial e agravamento após tentativa de desmame. A biópsia cutânea revelou dermatite de interface de padrão vacuolar e repetiu biópsia hepática com focos de necrose e presença de colestase. Perante exclusão de outras causas e agravamento após redução de CCT, coloca-se a possibilidade de DRESS (REGISCAR 5), ajustada dose de CCT 60mg/dia com melhoria sustentada subsequente.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de síndrome DRESS, sendo a lesão hepática a manifestação inicial, dificultando o diagnóstico precoce. A associação temporal com re-exposição a AMC, sendo os β -lactâmicos frequentemente implicados em casos com envolvimento hepático; a histologia hepática e cutânea; bem como a melhoria inicial e agravamento após redução da corticoterapia sustentam o diagnóstico. O envolvimento de órgão pode preceder as manifestações típicas, devendo a DRESS ser considerada perante hepatite aguda de etiologia indeterminada após exposição medicamentosa recente.

POA 139

FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÔNICA POR HEPATITE AUTOIMUNE COM TRANSPLANTE URGENTE

Tânia Pereira Da Silva; Diane Pimenta; Ana Isabel Sá¹; Ana Luís Ferreira; Sara Freitas; Glória Alves
ULSAAVE

Introdução: A hepatite autoimune (HAI) pode apresentar-se como hepatite aguda grave, evoluindo para falência hepática e ACLF (*acute-on-chronic liver failure*), condição associada a elevada mortalidade sem transplante. O reconhecimento precoce de critérios de gravidade e a referenciação atempada para centro de transplantação são decisivos no prognóstico.

Caso clínico: Mulher, 66 anos, antecedentes de neoplasia mamária, recorre ao serviço de urgência por astenia, dor abdominal e icterícia com duas semanas de evolução. Analiticamente apresentava elevação da enzimologia hepática (transaminases $>20\times$ LSN), hiperbilirrubinemia conjugada, coagulopatia e trombocitopenia. TC evidenciou fígado dismórfico e pequena ascite difusa. Foi admitida em UCIM para estudo etiológico e vigilância. Durante o internamento verificou-se agravamento clínico com encefalopatia hepática progressiva, lesão renal aguda oligúrica (suspeita de síndrome hepatorenal), ascite e infeção associada aos cuidados de saúde. O estudo etiológico excluiu causas víricas e metabólicas. Biópsia hepática transjugular revelou hepatite com infiltrado linfoplasmocitário,

compatível com etiologia autoimune sobre provável hepatopatia crónica prévia. Evoluiu para falência multiorgânica, cumprindo critérios de ACLF grau 3 (MELD-Na >30), sendo referenciada e transferida para centro de referenciação de transplantação hepática. Apresentou deterioração neurológica e necessidade de suporte de órgão, tendo sido submetida a transplante hepático urgente, com evolução favorável posteriormente.

Discussão: Este caso ilustra a HAI como causa de falência hepática aguda grave, mesmo sem diagnóstico prévio de HAI e/ou doença hepática crónica. A progressão rápida para ACLF reforça a importância da monitorização estreita, estratificação prognóstica (MELD, ACLF) e referenciação precoce para transplante. Em doentes selecionados, o transplante hepático pode ser a única opção terapêutica salvadora.

POA 140

ENIGMA DIAGNÓSTICO DE UM NÓDULO HEPÁTICO NUM DOENTE CIRRÓTICO

Margarida Paraíso; Miguel Martins; Joana Mota; Rosa Coelho; Fátima Carneiro; Hélder Cardoso; Guilherme Macedo
CH Sao Joao - S Joao

Homem, 66 anos, recorreu ao serviço de urgência em anasarca. De antecedentes de destacar diabetes mellitus insulinotratado, hipertensão arterial e doença hepática alcoólica (metALD) com mais de 10 anos de abstinência. A ecografia abdominal revelou ascite, esplenomegalia e um nódulo hepático com 3x2,5 cm, com eixo porto-esplênico patente. Analiticamente com trombocitopenia e um *International Normalized Ratio* (INR) de 1,5 resultando num MeldNa Score de 23. Sem elevação de peptídeos natriuréticos ou proteinúria. A análise do líquido ascítico demonstrou um gradiente de albumina sérum-ascítico (GASA) $>1,1$ e baixos níveis de proteína (<2 g/dL), sem evidência de peritonite bacteriana espontânea ou células malignas na citologia. O doente foi internado para intensificação de terapia diurética e estudo etiológico. Investigação adicional excluiu hepatite viral e outras etiologias de doença hepática crónica. A ressonância magnética identificou uma lesão hipervascular de 44 mm, sem evidência de washout no segmento V do fígado. Além disso, uma tomografia computadorizada toracoabdominopélvica não mostrou características de imagem compatíveis com carcinoma hepatocelular (CHC) e descartou metástases à distância. Os marcadores tumorais, incluindo AFP, CEA e CA 19-9, estavam dentro dos níveis normais. Para caracterizar melhor a lesão, a ecografia com contraste revelou hiperrealce centrípeto sem washout em áreas hiperintensas. A biópsia hepática demonstrou uma neoplasia maligna de alto grau com morfologia de células fusiformes, extensa necrose e atividade mitótica significativa. A análise imuno-histoquímica confirmou o diagnóstico de sarcoma, mostrando positividade difusa para vimentina, positividade

focal para actina e expressão de CDK4. Este caso destaca uma condição neoplásica agressiva e rara num doente cirrótico com achados de imagem atípicos. A ausência de diretrizes estabelecidas para casos tão raros realça a importância de uma abordagem diagnóstica sistemática e colaboração multidisciplinar para orientar a abordagem e melhorar os resultados. A presença de comorbidades e doença hepática descompensada adicionou ainda mais complexidade às escolhas terapêuticas, enfatizando a necessidade de uma abordagem individualizada.

POA 141

A OUTRA FACE DOS INIBIDORES SGLT2: DILI PROVÁVEL ASSOCIADA À DAPAGLIFLOZINA

Pedro Jordão De Freitas; Diogo Morgado; Maria João Costeira Pereira; Ana Sofia Ramôa; Mariana Cruz; Ana Andrade Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: Drug-induced liver injury (DILI) é uma causa rara de lesão hepática, podendo mimetizar doença hepática aguda ou crônica. A incidência varia entre 14 e 19,1 casos por 100.000 indivíduos.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e nefropatia diabética, foi encaminhado à urgência por elevação das transaminases (ALT 2921U/L, AST 2284U/L), mal-estar geral, anorexia e desconforto abdominal com 2 semanas de evolução. À admissão com padrão hepatocelular (ALT 3152U/L, AST 2165U/L, FA 478U/L, bilirrubina total 2,7mg/dL e direta 1,9mg/dL; fator R 19,8), sem coagulopatia ou encefalopatia. Foi internado para investigação etiológica, com exclusão de causas alternativas de lesão hepática aguda. A biópsia hepática revelou esteato-hepatite moderada sem fibrose (F0), com esteatose macrovacuolar predominantemente pericentrolobular (10%), balonização hepatocitária, atividade necroinflamatória lobular e colestase hepatocanalicular, além de agregados macrofágicos com pigmento ceróide, sem depósitos patológicos de ferro ou cobre, em resolução. No diagnóstico diferencial consideraram-se metabólico dysfunction-associated steatohepatitis (MASH), alcoholic steatohepatitis (ASH) e DILI. Destacava-se consumo alcoólico de 20 g/dia e início de dapagliflozina 1 mês antes das queixas. O doente obteve 6 pontos no Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM), classificando DILI secundária a dapagliflozina como provável.

Discussão: Segundo LiverTox, a dapagliflozina encontra-se classificada como Categoria D (“possible rare cause”) de hepatotoxicidade. No presente caso, a temporalidade da exposição, exclusão de etiologias alternativas, achados histológicos e pontuação RUCAM sustentam o diagnóstico de DILI associado à dapagliflozina. Este relato reforça que, apesar do perfil de segurança favorável dos inibidores SGLT2, estes podem associar-se a eventos raros de hepatotoxicidade, de-

vendo ser considerados no diagnóstico diferencial de lesão hepática aguda.

POA 142

HEPATITE AGUDA POR ESTERÓIDES ANABOLIZANTES

Joana Moreira De Magalhães; Sofia Luna; Jéssica Vieira; Lúcia Carreira-Marques; Teresa Brito; Diana Mendes Oliveira; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A hepatotoxicidade induzida por fármacos (*Drug-Induced Liver Injury – DILI*) é uma complicação associada ao uso recreativo de esteróides anabolizantes (aumento de 1-8% dos casos registados). O diagnóstico de *DILI* continua desafiante, exigindo a exclusão de outras etiologias. A biópsia hepática é fundamental na caracterização histológica. Este caso clínico ilustra a complexa relação entre toxicidade medicamentosa e disfunção metabólica.

Caso clínico: Homem, 40 anos, com hipertensão arterial essencial e dislipidemia (LDL 509 mg/dL), recorreu ao serviço de urgência por quadro de icterícia, náuseas e acolia com 3 dias de evolução, sem febre ou dor abdominal. Referência a uso recente de cipionato de testosterona e retatrutida (*off-label*) com fins recreativos. Da avaliação analítica inicial a destacar alanina aminotransferase (ALT) 882U/L, aspartato aminotransferase (AST) 333U/L, fosfatase alcalina (FA) 153U/L, gama-glutamilttransferase (GGT) 816U/L e hiperbilirrubinemia à custa da fração direta, sem coagulopatia. A tomografia computadorizada abdominal demonstrou hepatomegalia. O estudo etiológico foi negativo para hepatites virais (A, B, C), doenças autoimunes ou doenças metabólicas (sem défice de alfa-1-anti-tripsina, ceruloplasmina e cobre normais, sem sobrecarga de ferro). A biópsia hepática revelou esteatohepatite moderada com corpos de *Mallory-Denk* e esteatose centrolobular, sem colestase canalicular significativa nem dilatação sinusoidal, não evidenciando o padrão clássico de *DILI* por esteróides anabolizantes. Durante o internamento, evolução clínica e laboratorial favorável. Realizou angio-TC coronária com *score* e cálcio coronário de 148 (percentil 90 para a idade), compatível com aterosclerose subclínica significativa.

Discussão: Embora os esteróides anabolizantes causem tipicamente *DILI* colestática, o padrão histológico observado sugere base metabólica (*MASLD*) exacerbada pelos fármacos. A dislipidemia grave reforça a interação entre disfunção lipídica e lesão hepática. A relação bidirecional entre *MASLD* e *DILI* aumenta a vulnerabilidade à hepatotoxicidade. A evolução favorável após a suspensão dos agentes é consistente com a literatura. Este caso sublinha a importância de integrar história farmacológica e contexto metabólico na abordagem diagnóstica.

POA 143

PÂNCREAS ANULAR SILENCIOSO ATÉ À IDADE ADULTA – UM CASO RARO

Nádia Marcos; António Martins Baptista;
Teresa Passos da Fonseca; Ana Júlia Pedro;
Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Pâncreas anular é uma anomalia congénita rara, prevalente em <1% da população, que consiste em tecido pancreático a envolver o duodeno. Em 50% dos casos o diagnóstico é pré-natal (por ecografia obstétrica). Nos restantes existe uma distribuição bimoda (no primeiro ano de vida ou entre a 5ª-7ª décadas de vida) manifestando-se por obstrução do esvaziamento gástrico.

Mulher de 80 anos, autónoma, recorreu às urgências por vômitos escuros e melenas com 3 dias de evolução. Mencionava ainda perda ponderal e anorexia de tempo impreciso. Toque retal com sugestão de melenas e hemoglobina de 3.5g/dL. Realizou prontamente 4 concentrados eritrocitários (com rendimento para Hb de 7.0g/dL) e endoscopia alta que revelou abundante conteúdo alimentar (no esófago, estômago e bulbo duodenal). Destacava-se estenose da passagem do bulbo para D2. A TC abdominal relacionou esta estenose do duodeno com o parênquima pancreático, levantando a hipótese de pâncreas anular (incompleto), mas ressaltando a necessidade de exclusão de neoplasia. Em internamento, repetiu endoscopia que reforçou a “estenose na transição bulbo/D2 inultrapassável com o endoscópio, com mucosa adjacente ulcerada”. Esta superfície foi biopsada e a doente iniciou nutrição parentérica. Completou o estudo do pâncreas com RM que confirmou a presença de tecido pancreático a envolver o duodeno sem sinais neoplásicos. O doseamento de CA 19.9 foi negativo e a biópsia duodenal revelou tecido inflamatório e de granulação, sem sinais de atipia. Assumiu-se que a etiologia da hemorragia digestiva alta eram as úlceras provocadas por estase gástrica consequente à obstrução do esvaziamento gástrico por pâncreas anular.

Em reunião multidisciplinar de Medicina, Gastroenterologia e Cirurgia Geral a doente foi proposta para gastrojejunostomia laparoscópica. Pensamos que esta malformação se manifestou tão tarde na vida provavelmente por uma conjugação entre a obstrução congénita e as alterações inflamatórias e de remodelling gástrico consequentes da estase.

POA 144

DOENÇA EOSINOFÍLICA GASTROINTESTINAL – CASO CLÍNICO

Carolina Patarra Anjo; Jéssica Oliveira; Carolina D. Gonçalves;
Ana Filipa Viegas; João Pedro Tavares

CHTV - Hospital São Teotónio EPE - Viseu

Introdução: A doença eosinofílica gastrointestinal (DEIG) é um grupo de doenças inflamatórias crónicas raras caracterizadas por infiltração patológica de eosinófilos no trato gastrointestinal. A apresentação clínica varia conforme os segmentos envolvidos e pode incluir diarreia, dor e distensão abdominal. O diagnóstico baseia-se na correlação entre sintomas e confirmação histológica. O tratamento baseia-se em corticoterapia sistémica, podendo recorrer-se a imunomoduladores em casos refratários.

Caso clínico: Doente de 33 anos, sexo feminino, sem antecedentes relevantes, que recorre ao Serviço de Urgência por epigastralgias com uma semana de evolução, associadas a náuseas, anorexia, enfartamento, distensão abdominal e dois episódios de dejeções líquidas. Ao exame Objetivo, sem alterações.

Analiticamente, eosinofilia de novo ($5,7 \times 10^9/L$), sem elevação de parâmetros inflamatórios ou outras alterações. Realizada TC abdominal e posterior entero-RM que mostraram derrame pleural direito moderado e ascite ligeira a moderada, com espessamento da parede duodenal e de ansas jejunais. O estudo endoscópico revelou hiperemia da mucosa gástrica e ponteados esbranquiçados dispersos ao longo do cólon. Do restante estudo complementar, destaca-se ANCA e ASCA negativos, IgE normal e exame bacteriológico, pesquisa de Giardia e parasitológico de fezes negativos.

Presumido o diagnóstico de DEIG e iniciou prednisolona 0,5 mg/kg/dia, com remissão clínica e analítica. As biópsias confirmaram posteriormente o diagnóstico, com evidência de alterações compatíveis com duodenite, ileíte e colite eosinofílicas.

Discussão: Este caso clínico é particularmente relevante uma vez que existe envolvimento multissegmentar gastrointestinal e acometimento das serosas, num contexto de sintomas inespecíficos e ausência de alterações endoscópicas marcadas. A identificação precoce permite instituir terapêutica adequada atempadamente, prevenindo complicações e evolução para cronicidade.

POA 145

VASCULITE INDUZIDA PELO FRIO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

António Syder Queiroz; Leda D'almeida;
Margarida Pereira Ventura; Luís Canavilhas;
Manuel Ferreira Gomes

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A macroglobulinemia de Waldenström (MW) é um linfoma linfoplasmocitário raro definido por infiltração medular e produção monoclonal de IgM, frequentemente associado à mutação MYD88 L265P. As manifestações clínicas são heterogêneas e resultam quer da infiltração tumoral quer das propriedades imunológicas da IgM, incluindo fenómenos mediados pelo frio, como crioglobulinemia ou doença por crioaglutininas. As manifestações cutâneas vasculíticas são raras e podem preceder o diagnóstico hematológico, contribuindo para atraso diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, com antecedentes de epilepsia de etiologia estrutural e hipotireoidismo autoimune, observada por lesões cutâneas recorrentes desencadeadas pela exposição ao frio, caracterizadas por pápulas e placas eritemato-violáceas não pruriginosas, com localização preferencial nos membros e associadas a episódios de angioedema. A biópsia cutânea das lesões revelou vasculite leucocitoclástica. Analiticamente destacava-se hipocomplementemia persistente (C3 e C4), crioaglutininas positivas e imunofixação sérica com componente monoclonal IgM kappa, mantendo-se repetidamente negativa a pesquisa de crioglobulinas. Perante evolução arrastada e presença de gamapatia monoclonal IgM foi realizado estudo medular que revelou infiltração linfoplasmocitária com mutação MYD88 L265P, confirmando o diagnóstico de MW. Cumpriu 6 ciclos de rituximab, ciclofosfamida e dexametasona, obtendo-se remissão hematológica completa e resolução sustentada das manifestações cutâneas.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação incomum de MW, em que vasculite leucocitoclástica induzida pelo frio precedeu o diagnóstico da doença linfoproliferativa. Na MW, fenómenos mediados pela IgM – como crioaglutininas ou crioglobulinemia – podem desencadear manifestações vasculíticas cutâneas, mesmo na ausência de crioglobulinas detectáveis. A associação entre gamapatia monoclonal IgM, hipocomplementemia e sintomas cutâneos desencadeados pelo frio deve levantar suspeita de neoplasia linfoplasmocitária subjacente. O tratamento da MW está indicado em doentes sintomáticos, incluindo aqueles com complicações mediadas pela IgM, como vasculite associada ao frio, independentemente do nível de IgM ou da extensão da infiltração medular.

POA 146

ENTRE A TROMBOSE E A HEMORRAGIA: O PARADOXO HEMOSTÁTICO NA TROMBOCITOSE ESSENCIAL

João Leão Lopes; Beatriz Gamito Gonzaga; Carla Costa;
Marta Pinto De Almeida; Joana Rosa Martins

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A trombocitose essencial (te) é uma neoplasia mieloproliferativa associada a risco aumentado de eventos trombóticos e hemorrágicos. A trombocitose extrema ($>1.000.000/\text{mL}$) pode associar-se a doença de von Willebrand adquirida (dvwa), por adsorção e clivagem aumentada de multímeros do fator de von Willebrand (fvw), levando a um défice funcional. Assim, doentes com TE e trombocitose extrema apresentam simultaneamente elevado risco trombótico e hemorrágico. Esta condição é sobretudo desafiante quando surge um evento trombótico agudo com necessidade de anticoagulação.

Caso clínico: Homem, 41 anos, com antecedentes de TE com mutação da calreticulina (CALR), sem terapêutica prévia. Recorre ao serviço de urgência por dor torácica pleurítica e dispneia. Realizada AngioTC-Tórax que revelou tromboembolismo extenso. Analiticamente com trombocitose extrema ($1.028.000/\mu\text{L}$), pelo que foi investigada a hipótese de DvWa, que se confirmou. Pelo elevado risco hemorrágico, iniciou citorredução imediata com hidroxiureia. A anticoagulação terapêutica com enoxaparina foi gerida cautelosamente, sendo instituída plenamente após redução da trombocitose e melhoria do FvW, sem intercorrências. Teve alta clinicamente estável, sob hidroxiureia e anticoagulação.

Discussão: Neste caso é evidente o paradoxo hemostático da TE com DvWa: a convergência de um fenótipo pró-trombótico, manifestado por TEP, com um elevado risco hemorrágico pela DvWa. A estratégia de priorizar a citorredução rápida com hidroxiureia para correção da DvWa antes ou concomitantemente com a instituição de anticoagulação permite mitigar o risco hemorrágico sem comprometer o controlo trombótico. À medida que se reduz a trombocitose, reduz-se o defeito funcional do FvW, o que torna a anticoagulação mais segura. Este caso evidencia a necessidade de rastreio de DvWa em TE com trombocitose extrema, assim como a importância da citorredução na gestão segura da anticoagulação.

POA 147

PRIAPISMO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA PHILADELPHIA POSITIVA

Inês Barbosa Leão¹; Sofia Perdigão²;
Helena Santos Gonçalves¹; Tiago Silveira Rosa²;
Pereira Carvalho²; Margarida Mesquita Montes¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Introdução: O priapismo é uma manifestação rara de leucemia mieloide crônica (LMC), ocorrendo em cerca de 1-3% dos homens. Resulta frequentemente de hiperleucocitose e leucostase, constituindo uma emergência urológica que requer intervenção urgente para prevenir disfunção erétil permanente.

Caso clínico:: Homem de 33 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência por priapismo com mais de 10 horas de evolução. O estudo analítico inicial revelou anemia (Hb 8,1 g/dL), leucocitose (360x10⁹/L) com cerca de 20% de blastos no sangue periférico e 38% de células mieloides imaturas, bem como LDH elevada (1649 U/L). Foi transferido urgentemente para o hospital de referência de Urologia, onde realizou bloqueio peniano e drenagem bilateral dos corpos cavernosos. Por recidiva, procedeu-se à instilação intracavernosa de fenilefrina, com resolução do priapismo.

Do restante estudo etiológico, a ecografia abdominal evidenciou esplenomegalia volumosa e hepatomegalia. A imunofenotipagem da medula óssea e sangue periférico identificou 1,2-1,4% de blastos mieloides. O estudo molecular detetou o transcrito BCR::ABL1 tipo e13a2 (p210) e o cariótipo confirmou t(9;22) (q34;q11.2), estabelecendo o diagnóstico de LMC Philadelphia positiva em fase crônica. Iniciou-se citorredução com hidroxiureia, seguida de imatinib, com boa tolerância e melhoria clínica, mantendo leucocitose à alta (188.110/μL) e referenciação para consulta de Hemato-Oncologia.

Conclusão: A hiperleucocitose constitui uma emergência oncológica frequente nas neoplasias hematológicas, resultante da hiperproliferação das linhagens hematopoieticas e/ou dos seus precursores. Pode manifestar-se por fenómenos de leucoestase com envolvimento vascular, incluindo AVC, TEP, enfarte esplênico e, mais raramente, priapismo. Este caso destaca a importância de considerar causas hematológicas na abordagem do priapismo, além das causas farmacológicas e autoimunes, permitindo diagnóstico e tratamento precoces com impacto prognóstico.

POA 148

QUANDO O ANTECEDENTE AJUDA NO DIAGNÓSTICO

Micaela Sousa; Elia Joana Pinto; Teresa Guimarães Rocha; João Morais Lopes; Helena Mauricio; Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Introdução: A poliglobulia secundária é caracterizada pelo aumento glóbulos vermelhos no sangue devido a estímulos externos que promovem a produção de eritropoietina. Diferentemente da Policitemia Vera, que é uma doença primária da medula óssea, a poliglobulia secundária ocorre como resposta a fatores como hipóxia crônica, doenças pulmonares, tabagismo ou tumores produtores de eritropoietina. Essa condição leva ao aumento da hemoglobina e do hematócrito, podendo aumentar a viscosidade do sangue e o risco de complicações trombóticas. O tratamento baseia-se principalmente na identificação e correção da causa subjacente.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 91 anos, autónomo para as atividades da vida diária. Antecedentes pessoais de poliglobulia secundária JAK2 negativa e eritropoietina normal com diagnóstico em 2023 seguido em consulta de imunohemoterapia para flebotomias. Recorre ao serviço de urgência por tonturas, cefaleia e vômitos com dois dias de evolução. Exame Objetivo com dificuldade na marcha e desequilíbrio, força muscular preservada. Análises com hemoglobina de 16,8 mg/dL, sem outras alterações. Realizou TC-CE que mostrava extensa lesão neoformativa intraparenquimatosa cerebelosa direita, heterogénea, com um componente sólido à periferia e pseudoquístico/necrótico central, medindo 44x33mm, condicionando deformação do parênquima e sinais de herniação transtentorial ascendente e de ectopia das amígdalas cerebelosas. Discutido com neurocirurgia com indicação para corticoterapia sistémica e RM urgente, que confirmava presença de lesão expansiva do hemisfério cerebeloso direito e atingindo também o vermis cerebeloso medindo 46x34mm. Realizou TC-TAP, sem outras alterações. Avaliado por neurocirurgia, levantada hipótese principal de hemangioblastoma e a existência de poliglobulia como complicação. Tendo em conta risco cirúrgico, doente e equipa médica optaram por controlo sintomático.

Discussão: Os hemangioblastomas, principalmente localizados no cerebelo, podem ser uma causa rara de poliglobulia. Neste caso, apesar da investigação inicial se apresentar com valores de eritropoietina normal, é de salientar a importância de excluir as causas tumorais do sistema nervoso central no estudo de poliglobulias.

POA 149

VIÉS DE CONFIRMAÇÃO: QUANDO A “ÚLCERA” É UM LINFOMA DE GRANDES CÉLULAS B

Carolina Olim; Rodolfo Viríssimo Gomes; Cláudia Sousa; Eduarda Moniz
SESARAM

Introdução: A abordagem da anemia aguda grave exige uma investigação sistemática da etiologia, sendo a hemorragia digestiva alta uma das causas mais prevalentes. Contudo, em doentes com antecedentes de doença péptica, existe o risco de viés atribuindo-se a perda hemática a patologia benigna. A persistência de sintomas e gravidade clínica obriga à exclusão de etiologias menos comuns, como as neoplasias gástricas, cujo diagnóstico precoce é fundamental.

Caso clínico: Mulher, 51 anos, com antecedentes de úlcera gástrica, esofagite de refluxo e anemia ferropénica. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia progressiva para mínimos esforços e mialgias com 1 mês de evolução, associado a dor epigástrica tipo moimha com agravamento pós-prandial nos últimos cinco dias. À observação, apresentava-se hipotensa, taquicárdica, mucosas descoradas, sopro sistólico no foco aórtico, abdómen indolor à palpação. Analiticamente, a destacar gasometria arterial com anemia grave, hemoglobina de 4,9 g/dL, e hiperlactatémia de 5,8 mmol/L. Após estabilização e transfusão de concentrado eritrocitário, realizou endoscopia digestiva alta que revelou lesão ulcerada de aspeto neoplásico afetando o corpo proximal e fundo gástrico. O estudo anatomopatológico e imunohistoquímico (CD45+, CD20+, CD3-, bcl-2+, Ki-67 de 70%) levou ao diagnóstico de Linfoma Difuso de Grandes Células B gástrico.

Discussão: Este caso sublinha a importância de evitar a assunção diagnóstica baseada apenas nos antecedentes da doente. Embora a história de doença ulcerosa oferecesse uma explicação plausível para a anemia, a gravidade do quadro clínico e os achados endoscópicos impuseram a pesquisa de patologia maligna. Ao contrário das úlceras duodenais as úlceras gástricas implicam muitas vezes reavaliação dado o seu potencial de malignidade, sobretudo se recorrência ou se associadas a factores de risco. Demonstra-se assim a necessidade de manter um espírito crítico e um diagnóstico diferencial amplo pois o que parecia ser uma recidiva de patologia benigna era, na verdade, uma neoplasia hematológica de alto grau.

POA 150

CARCINOMA NASOFARINGEO ASSOCIADO AO EBV

Yolanda De Sá Pereira; Alexandra Sousa Farias; Paula Alcântara
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O carcinoma nasofaríngeo (CNF) é uma neoplasia rara propensa à metastatização e intimamente ligada ao EBV. Apesar do EBV ter uma distribuição ubíqua pelo mundo, a incidência do CNF apresenta predominância em certos

grupos étnicos e em regiões endémicas.

Homem de 32 anos, natural e residente em Angola. Diagnosticado com LNH em 2022 realizou terapêutica de 1ª e 2ª linha até maio de 2024. Em junho, apresentou 3ª recorrência da massa cervical direita, associada a dor intensa (7/10). Negava outros sintomas acompanhantes, nomeadamente sintomas B.

Durante internamento disfagia e sensação de dor/opressão torácica, aparecimento de síndrome Horner. TC pescoço e corpo mostraram extenso envolvimento mediastínico (só doença supradiaphragmática) e focos de consolidação broncocêntricos, com broncograma aéreo e cavitação, sobretudo no lobo superior direito, coexistindo lesões cavitadas e pneumatoceles.

A biópsia ecoguiada da massa cervical mostrou carcinoma nasofaríngeo pouco diferenciado (imunorreativo a p40, EBV; negativo p/ CK7, CK20, vimentina, p16).

Broncofibroscopia com LBA com estudo microbiológico todo negativo, incluindo exames culturais e por PCR.

A biópsia brônquica mostrou neoplasia de células redondas CK AE1/3 + p40+; sinaptofisina neg, CD56 neg. CD20+ multifocal. Favorece CPC possível metástase de CNF. Biópsia ganglio axilar: carcinoma nasofaríngeo. Não observado tecido de gg linfático

Carga viral EBV >20000

Iniciou QT com cisplatina e gemcitabina com boa resposta, atualmente em monoterapia de manutenção com gemcitabina, mas mantendo doença residual.

O EBV está associado a 1,5% de todas as neoplasias malignas, 82% dos CNF e carcinomas gástricos são atribuídos ao EBV. O CNF apresenta 3 tipos, sendo os do tipo 2 e 3 sempre associados ao EBV, não queratinizante e indiferenciado, este último facilmente confundido com linfoma devido à elevada infiltração linfocitária. Acreditamos ser o caso deste doente e o prognóstico passa, entre outros, pela capacidade de erradicar a virémia.

POA 151

DRENO PLEURAL TUNELIZADO: ESTRATÉGIA EFICAZ NA GESTÃO DO DERRAME PLEURAL MALIGNO EM AMBULATÓRIO

Maria Lima Costa; Margarida Silva Cruz; Joana C. Monteiro; Álvaro José Silva; Teresa Dias Moreira; Maria Paula Silva
IPO Porto

Introdução: O derrame pleural maligno constitui complicação frequente da doença oncológica avançada, associando-se a dispneia incapacitante e deterioração funcional significativa. A toracocentese evacuadora permite alívio sintomático imediato, porém a recorrência é comum, implicando procedimentos repetidos e múltiplos episódios de recurso hospitalar. O dreno pleural tunelizado tem vindo a afirmar-se como alternativa segura e eficaz, possibilitando drenagem intermitente em regime de ambulatório, com impacto relevante na qualidade de vida.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, com carcinoma da orofaringe metastizado a pulmão e pleura, em contexto paliativo, recorreu por dispneia progressiva e limitação funcional (ECOG 3). A radiografia torácica evidenciou derrame pleural direito volumoso. Foi realizada toracocentese evacuadora com drenagem de 1200 mL de líquido sero-hemático, com melhoria clínica imediata. Duas semanas após o procedimento, verificou-se recorrência sintomática com novo derrame pleural significativo. Perante a recorrência precoce e a necessidade previsível de toracocenteses repetidas, decidiu-se proceder à colocação de dreno pleural tunelizado. O procedimento decorreu sem intercorrências. Após alta, a doente iniciou drenagens programadas em ambulatório, com educação estruturada de cuidador e apoio regular da equipa de enfermagem. Ao primeiro mês de seguimento, mantinha boa adaptação ao dispositivo, controlo eficaz da dispneia e melhoria funcional para ECOG 2, sem novos episódios de recurso ao serviço de urgência. **Conclusão:** O dreno pleural tunelizado constitui uma estratégia eficaz e segura na gestão do derrame pleural maligno recorrente, permitindo controlo sintomático sustentado, redução de procedimentos invasivos repetidos e diminuição da necessidade de internamento. A sua integração precoce em contexto de Medicina Interna reforça uma abordagem paliativa centrada na autonomia, conforto e qualidade de vida do doente.

POA 152

METÁSTASE ÓSSEA SOLITÁRIA TARDIA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI 20 ANOS APÓS NEFRECTOMIA

Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Maria João Costeira; Rita Matos Sousa; Cleide José Maria; Pedro Jordão de Freitas
Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: As metástases ósseas do carcinoma de células renais (CCR) ocorrem em 35–40% dos casos, sobretudo nos primeiros anos após o diagnóstico. O aparecimento de metástases décadas após nefrectomia é raro e pode constituir um desafio diagnóstico, particularmente quando se apresentam de forma isolada e assintomática.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de doença renal crónica secundária a nefrectomia parcial direita por CCR, realizada 20 anos antes. Foi referenciado à consulta de Medicina Interna por massa indolor no cotovelo direito, com cerca de 9 meses de evolução e crescimento progressivo. Objetivamente, tratava-se de uma tumefação com aproximadamente 10 cm de diâmetro, de consistência “esponjosa”, sem sintomas sistémicos associados. A ecografia evidenciou uma massa heterogénea, predominantemente sólida, com áreas quísticas e calcificações. A tomografia computadorizada (TC) revelou destruição cortical do úmero distal, associada a volumosa massa de partes moles. A biópsia demonstrou metástase de carcinoma,

sendo os achados histológicos e imuno-histoquímicos compatíveis com carcinoma de células renais de células claras. A TC toracoabdominopélvica e a tomografia por emissão de positrões não identificaram outras lesões metastáticas.

Discussão: Este caso ilustra uma metástase óssea solitária tardia de CCR, diagnosticada 20 anos após nefrectomia parcial. A evolução indolente e a ausência de sintomatologia sistémica contribuíram para incerteza diagnóstica inicial. Salienta-se a importância do reconhecimento precoce desta entidade, pelo seu impacto no planeamento terapêutico e no prognóstico. O caso reforça a necessidade de manter vigilância prolongada em doentes com história de CCR, mesmo muitos anos após o tratamento inicial. O doente foi proposto para intervenção cirúrgica do cotovelo, com colocação de prótese.

POA 153

INSTILAÇÃO DE BCG: UMA CAUSA INCOMUM DE INFLAMAÇÃO GRANULOMATOSA RENAL

Claudio Coelho; Marta Matos Pereira; Ana Garrido Gomes; Eduardo Viana; Nereida Monteiro; José Miguel Gonçalves; Inês Ferreira

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O carcinoma urotelial da bexiga é uma neoplasia frequente, sendo a instilação intravesical com *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) um tratamento eficaz, contudo pode resultar em complicações, nomeadamente a nível renal. A granulomatose renal induzida por BCG é uma entidade rara, mas que o clínico deve considerar no diagnóstico diferencial de lesões renais em doentes com história de tratamento com BCG.

Caso clínico: Homem, 82 anos, com antecedentes de carcinoma urotelial papilar não invasor de alto grau, com realização recente de ciclos de instilações intravesicais com BCG, foi referenciado a consulta de Medicina Interna por suspeita de doença hepática crónica de etiologia não esclarecida. No estudo realizado a ecografia não evidenciou alterações hepáticas ou biliares significativas, mas revelou uma massa renal de novo. Para melhor caracterização solicitado TC renal com “identificação de áreas hipocaptantes mal definidas e vagamente nodulares na parênquima do rim direito, a maior com 3,1 cm de diâmetro”, tendo sido colocada a hipótese de implantes neoplásicos. Realizada biópsia renal que demonstrou processo granulomatoso renal, sem evidência de proliferação neoplásica. A urina tipo 2 apresentava hematuria microscópica, sem outras alterações, e a urocultura não apresentou crescimento. O doente não apresentava sintomas respiratórios ou sistémicos

sugestivos de infeção ativa por tuberculose, e a investigação etiológica incluiu a exclusão do diagnóstico de tuberculose e sarcoidose. O TC torax não evidenciou alterações, assim como a ECA com valores dentro da normalidade e IGRA negativo. Realizada pesquisa de

M. bovis e M. tuberculosis por PCR na urina que foram negativos. Face a exclusão de outros diagnósticos diferenciais foi assumido como diagnóstico granulomatose secundária a instilação de BCG.

Discussão: A granulomatose renal induzida por BCG é uma complicação rara, mas potencialmente grave, da imunoterapia com BCG. O diagnóstico diferencial inclui outras doenças granulomatosas, como a sarcoidose e a tuberculose, sendo fundamental a exclusão de outras etiologias, nomeadamente infecciosas e medicamentosas, para além da avaliação histológica e microbiológica.

POA 154

MASTOCITOSE SISTÊMICA: PARA ALÉM DE UMA PNEUMONIA, UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Angélica De Freitas E Lopes; Joana Balça Silva; Teresa Moitinho de Almeida; Maria Joana Alvarenga; Isabel Madruga

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

Introdução: A mastocitose sistêmica é uma doença rara caracterizada pela proliferação e acumulação de mastócitos em diferentes órgãos. A apresentação clínica é, frequentemente, heterogênea e inespecífica, podendo envolver a pele, medula óssea e sistema osteoarticular, o que contribui para atrasos diagnósticos. O reconhecimento dos achados aparentemente díspares é fundamental para a suspeita desta entidade.

Caso clínico: Mulher, 84 anos, autónoma, com história clínica de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia bem como história de fraturas patológicas, monocitose e esplenomegalia em estudo por provável síndrome mielodisplásico. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva, febre e toracalgia pleurítica com oito dias de evolução, tendo sido diagnosticada pneumonia adquirida na comunidade hipoxemiante com derrame parapneumónico, que motivou internamento. Durante o estudo verificou-se presença de esplenomegalia palpável e lesões cutâneas pigmentadas papulares nas regiões axilares e inframamárias, intermitentemente pruriginosas, com prurido aquagénico. A tomografia computadorizada torácica mostrou esplenomegalia e múltiplas lesões ósseas osteocondensantes, mas a cintigrafia óssea não evidenciou padrão típico de metastização. Perante a associação de alterações cutâneas, hematológicas e ósseas, colocou-se a hipótese diagnóstica de mastocitose sistêmica, posteriormente confirmada após investigação dirigida e integração dos critérios clínicos. A doente evoluiu com ascite recidivante tendo-se documentado mastocitose hepática. Iniciou terapêutica dirigida com midostaurina, com franca melhoria clínica.

Discussão: Este caso ilustra a importância da abordagem clínica integrada na Medicina Interna. Achados inicialmente sugestivos de doença neoplásica metastática permitiram, após integração clínica e imagiológica, levantar a hipótese de mastocitose sistêmica. O

reconhecimento desta entidade é essencial para evitar atrasos diagnósticos e orientar adequadamente o seguimento e tratamento destes doentes.

POA 155

LINFOMA COM INFILTRAÇÃO CARDÍACA E HIPOFISÁRIA: UMA APRESENTAÇÃO EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Patrícia Varanda Dias; Catarina Ferreira; Rute Lopes Caçola
ULS Gaia e Espinho

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais frequente de linfoma não Hodgkin, correspondendo a cerca de 25% dos casos. A apresentação típica é uma massa de crescimento rápido, mais frequentemente adenopatia cervical ou abdominal. O envolvimento extranodal ocorre sobretudo no trato gastrointestinal, podendo afetar qualquer tecido.

Caso clínico: Homem de 59 anos, com síndrome constitucional com um mês de evolução, admitido no serviço de urgência após paragem cardiorrespiratória revertida com desfibrilhação externa. O ecocardiograma transtorácico evidenciou hipertrofia septal marcada e disfunção sistólica moderada. Ressonância magnética realizada previamente documentava lesão selar, a condicionar hipopituitarismo com défice tireotrófico e corticotrófico e diabetes insípida central. Ao exame neurológico apresentava ptose palpebral esquerda, restrição da adução ocular e diplopia binocular. A TAC toracoabdominopélvica revelou múltiplas lesões sugestivas de doença neoplásica disseminada (massa suprarrenal esquerda, lesão renal direita, lesão lítica ilíaca, metástases pulmonares e cardíacas e adenopatias abdominopélvicas). Durante o internamento desenvolveu tempestade arritmica com episódios recorrentes de taquicardia ventricular sustentada e instabilidade hemodinâmica, com necessidade de colocação de pacemaker. Evoluiu com hipotensão e hipernatremia refratárias, agravamento neurológico e deterioração clínica progressiva, acabando por falecer no internamento. O resultado da biópsia ganglionar cervical conhecido posteriormente foi compatível com LDGCB (CD20+, Bcl-2+, Bcl-6+, CD10+, Ki-67 99%).

Discussão: A metastização cardíaca ocorre em cerca de 10% das neoplasias e associa-se a elevada mortalidade, podendo traduzir-se tanto num quadro inespecífico como em paragem cardiorrespiratória. O envolvimento cardíaco no LDGCB é raro, estando descrito em 10–25% das autópsias. A massa selar é também incomum, alertando para a importância de um diagnóstico diferencial abrangente no estudo destas lesões.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação agressiva de LDGCB com múltiplas localizações atípicas, destacando o desafio diagnóstico desta entidade enquanto grande mimetizador, particularmente na presença de patologia multiorgânica síncrona.

POA 156

QUANDO O CONTEXTO REDIFINE O DIAGNÓSTICO: DOIS CASOS DE INFILTRADOS PULMONARES NO DOENTE ONCOLÓGICO

Leda D'Almeida; Luís Canavilhas; António Syder Queiroz; Margarida Pereira Ventura; Manuel Ferreira Gomes

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: Doentes oncológicos sob terapêutica citotóxica apresentam elevado risco de infeções oportunistas, mas os próprios fármacos podem induzir toxicidade pulmonar com manifestações clínicas e imagiológicas semelhantes às infeções. A distinção entre estas entidades representa um desafio diagnóstico frequente e com implicações terapêuticas relevantes.

Casos clínicos:

Caso 1: Mulher, 51 anos, com diagnóstico de carcinoma invasivo da mama esquerda, sob paclitaxel, trastuzumab e pertuzumab. Admitida por febre, tosse seca e intolerância ao esforço. Laboratorialmente, apresentava elevação de PCR, com PCT negativa. A TC torácica revelou infiltrados pulmonares bilaterais difusos com áreas em vidro despolido. Estudo microbiológico exaustivo, incluindo lavado broncoalveolar, foi negativo. Apesar de antibioterapia empírica de largo espectro, manteve sintomatologia e elevação dos reagentes da fase aguda. Após introdução de corticoterapia sistémica, verificou-se rápida melhoria clínica, laboratorial e radiológica, assumindo-se diagnóstico de pneumonite induzida por terapêutica antineoplásica.

Caso 2: Mulher, 58 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma da mama metastizado, sob paclitaxel. Admitida por febre, sudorese noturna, tosse seca e dispneia progressiva. Apresentava insuficiência respiratória tipo 1, elevação de PCR, com PCT negativa. A TC torácica demonstrava múltiplas opacidades em vidro despolido com padrão em mosaico. Apesar de antibioterapia inicial, o lavado broncoalveolar identificou RT-PCR positivo para *Pneumocystis jirovecii*. Após início de trimetoprim-sulfametoxazol e corticoterapia, verificou-se resolução clínica e radiológica.

Discussão: Estes casos ilustram como apresentações clínicas e imagiológicas aparentemente “semelhantes” podem corresponder a diagnósticos distintos – toxicidade pulmonar farmacológica versus infeção oportunista. A integração cuidadosa de antecedentes terapêuticos, dados clínicos, microbiológicos e imagiológicos é fundamental para evitar atraso diagnóstico e orientar terapêutica dirigida no doente oncológico.

POA 157

BLOQUEIO DO NERVO ÍMPAR NA DOR ANORRETAL REFRACTÁRIA DA NEOPLASIA PROSTÁTICA AVANÇADA

Maria Cândida Silva; Rita Lencastre Monteiro; Margarida Silva Cruz; Inês Brêda; Maria Lima Costa; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: A dor anorretal na neoplasia prostática pode resultar de infiltração tumoral local ou envolvimento do plexo pélvico. Apesar dos opióides e coadjuvantes constituírem a base do tratamento da dor oncológica, o seu uso em alguns síndromes pélvicas é insuficiente ou desencadeia efeitos adversos limitantes. O nervo ímpar transmite aferências nociceptivas do períneo e região anal distal. O seu bloqueio é uma técnica reconhecida no controlo da dor pélvica refratária.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 88 anos, ECOG 3, com neoplasia prostática localmente avançada foi internado por hematúria macroscópica, dor abdominal espasmódica e dor anorretal contínua, por vezes, com características neuropáticas.

Durante o internamento, foram titulados opióides (com necessidade de rotação por efeitos secundários) e introduzidos coadjuvantes com melhoria parcial da dor. Após resolver hematúria, o doente teve alta por seu desejo.

Em seguimento pela equipa domiciliária de Cuidados Paliativos, mantinha dor anorretal intensa com componente neuropático significativo (EVA 7/10), interferindo com o decúbito e sedestação.

Após discussão multidisciplinar e articulação com a Unidade de dor, foi proposto bloqueio neurolítico do nervo ímpar guiado por imagem e que foi realizado sem intercorrências em regime de ambulatório.

Observou-se redução imediata da intensidade dolorosa (EVA 4/10), melhoria da tolerância postural e diminuição de tomas de resgate opióide, com consequente melhoria do estado de alerta e conforto global pela permanência no domicílio. Manteve acompanhamento domiciliário em cuidados paliativos, com benefício sustentado nas semanas seguintes.

Discussão: O bloqueio do nervo ímpar é eficaz na dor anorretal oncológica refratária e permite alívio rápido e redução da carga opióide. Este caso realça a importância da integração de estratégias multimodais no controlo algico e da articulação célere entre cuidados domiciliários e Unidades de dor na melhoria da qualidade assistencial.

POA 158

A VERDADE QUE NÃO CRESCEU EM PLACA: QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO SE DEIXA CULTIVAR

Eduardo Carvalho Cruz; Vanessa Palha; Rosa Ferreira; Carlos Capela; Beatriz Magalhães; Ana João Gonzaga

Hospital de Braga

Introdução: A imunodeficiência comum variável (IDCV) é uma imunodeficiência primária caracterizada por hipogamaglobulinemia e défice na produção de anticor-

pos específicos que, pela apresentação clínica variável e frequentemente tardia, constitui um importante desafio diagnóstico no adulto.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, sem antecedentes relevantes. Desde 2022 com infecções respiratórias recorrentes. Em 2025, desenvolveu tosse produtiva e tumefação cervical lateral esquerda. Ao exame físico, apresentava adenopatia palpável, dolorosa e elástica de cerca de 6 cm. Analiticamente, apresentava elevação da proteína C reativa (96 mg/L) e anemia de doença crônica inflamatória. A tomografia computadorizada evidenciou adenopatias cervicais múltiplos nódulos pulmonares, coleções esplênicas e adenopatias mesentéricas necróticas. Estudo preliminar microbiológico e teste direto micobacteriológico negativos. Iniciada terapêutica tuberculostática pela forte suspeita diagnóstica, suspensa após isolamento de *Mycoplasma orale* nas amostras ganglionares, por detecção molecular. Do estudo etiológico, hipogamaglobulinemia grave (subclasses de imunoglobulinas indetectáveis) com ausência de resposta vacinal. Excluídas outras causas de imunodeficiência secundária. Assumido IDCV, iniciadas imunoglobulinas intravenosas e doxiciclina. Apresentou normalização dos parâmetros inflamatórios. Por apresentar, citólise hepática trocado para levofloxacina, que mantém até à presente data, com resolução imagiológica dos múltiplos abscessos.

Discussão: Descreve-se um caso de infecção disseminada por *Mycoplasma orale* em contexto de déficit da imunidade humoral, com adenite necrosante, envolvimento pulmonar e abscessos esplênicos. Destaca-se a importância do diagnóstico molecular perante culturas negativas e da suspeição precoce de IDCV nas infecções recorrentes e envolvimento multissistêmico, permitindo terapêutica dirigida e reposição atempada de imunoglobulina.

POA 159

DAS CORDAS VOCAIS AO OSSO: OSTEONECROSE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE CARCINOMA ESPINHOCELULAR

Mariana Gaspar Pedrosa; Adriano Neto; Margarida Cerqueira; Renato Saraiva

ULS Região de Leiria

A osteonecrose, definida como enfarte da medula óssea por compromisso da vascularização óssea, é uma entidade rara. Está classicamente associada a fatores de risco como corticoterapia sistêmica, alcoolismo crônico e hemoglobinopatias. Contudo, a sua apresentação bilateral e multifocal deve levantar a suspeita de etiologia secundária. Embora raramente descritas neste contexto, as neoplasias da cabeça e pescoço podem estar associadas. O carcinoma espinhoceleular das cordas vocais está fortemente associado ao tabagismo, principal fator de risco modificável, sendo este também reconhecido como fator de risco indepen-

dente para osteonecrose, o que sugere um possível mecanismo fisiopatológico comum. As manifestações musculoesqueléticas paraneoplásicas, embora raras, podem preceder o diagnóstico de neoplasia em meses ou anos, constituindo por vezes o primeiro sinal de malignidade.

Apresentamos o caso de um homem de 43 anos, fumador (20 unidades maço-ano), com antecedentes de anemia ferropénica, referenciado à consulta de Medicina Interna para investigação etiológica de osteonecrose. O doente apresentava astenia e anorexia com cinco meses de evolução, associadas a gonalgia direita incapacitante. A tomografia computadorizada dos membros inferiores evidenciou enfarte ósseos medulares nas regiões metadiáfisária e diáfisária da tíbia e fémur, bilateralmente e de forma simétrica, com marcada esclerose periférica e sem reação periosteal. O estudo complementar inicial foi inconclusivo e foi realizada PET/CT com 18F-FDG que revelou um foco suspeito de hipercaptação supraglótica na parede anterior da laringe e à direita da linha média. A biópsia da lesão confirmou carcinoma espinhocelular da corda vocal direita (T1N0M0). O doente foi encaminhado para o centro de referência, tendo sido submetido a cordectomia direita, sem intercorrências.

Este caso ilustra a importância de uma investigação etiológica sistemática perante o quadro de osteonecrose bilateral e multifocal na ausência de fatores de risco clássicos, visto poder constituir a manifestação inicial de uma neoplasia oculta. O reconhecimento desta associação, particularmente em doentes fumadores, permite o diagnóstico precoce e tratamento potencialmente curativo, com impacto no prognóstico e qualidade de vida dos doentes.

POA 160

O QUE OS DOENTES NOS ESCONDEM NA CONSULTA: ACHADO ACIDENTAL DE MASSA INGUINAL

Joana B. Bento; Beatriz David Oliveira; Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Gabriel Ferreira; Paula Peixinho; Célia Machado

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A avaliação clínica pode ser limitada pela informação incompleta fornecida pelos doentes ou cuidadores, sobretudo em idosos com declínio cognitivo. Nestes casos, o exame Objetivo assume papel fundamental na identificação de patologia não reportada. Apresenta-se um caso que ilustra a importância do exame físico completo na prática clínica.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, independente nas atividades de vida diária, com declínio cognitivo. Antecedentes de AVC isquémico com afasia de expressão, fibrilhação auricular anticoagulada com apixabano, hipertensão arterial e doença renal crônica G3a, com seguimento em consultas. Recorreu ao serviço de urgência por alteração súbita do estado de consciência,

com perda de memória para o evento e agravamento da afasia. À admissão encontrava-se pálida, desidratada e com sinais de má higiene. Ao exame Objetivo destacava-se volumosa massa inguinal direita, pétérea e aparentemente indolor. Analiticamente apresentava anemia microcítica hipocrômica (Hb 5,7 g/dL) e lesão renal aguda (creatinina 2,29 mg/dL). A TC cranioencefálica revelou lesão isquêmica cerebelosa recente. Foi instituída terapêutica transfusional com boa resposta. A TC abdominal identificou massa expansiva inguinal direita subcutânea com 94×77 mm, com áreas de necrose e ulceração cutânea, sugestiva de neoplasia. Foi realizada biópsia incisional, encontrando-se o estudo imuno-histoquímico em curso, privilegiando carcinoma de células de Merkel. Em reunião multidisciplinar, a lesão foi considerada irrisecável, tendo sido proposta PET-FDG para estadiamento.

Discussão: O carcinoma de células de Merkel é um tumor cutâneo raro e agressivo, frequentemente diagnosticado em fases avançadas. Este caso reforça a importância do exame físico completo, particularmente em doentes idosos com compromisso cognitivo, permitindo identificar patologia potencialmente grave e orientar precocemente a investigação diagnóstica.

POA 161

DILEMAS CLÍNICOS E ÉTICOS: NEFRECTOMIZAR OU NÃO NEFRECTOMIZAR NO TRATAMENTO DE CARCINOMA RENAL

Bárbara Barreto Laczkovits; Mafalda Costa;
Mónica Pinho; Hugo Oliveira

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

O carcinoma de células claras renal é o subtipo mais comum de carcinoma renal. O tratamento passa, na doença localizada, por nefrectomia parcial ou radical, seguida de terapêutica sistémica com imunoterapia (IT) adjuvante, e na doença avançada (estadio IV) pelas combinações de terapêutica sistémica com dupla IT ou inibidor de tirosina cinase combinado com IT.

Mulher de 70 anos, ECOG 1, com diagnóstico de carcinoma de tipo células claras do rim esquerdo, com evidência de metastização da suprarrenal direita. Submetida a nefrectomia e adrenalectomia direita em dezembro de 2023, seguido de nivolumab e ipilimumab como estratégia de primeira linha de tratamento sistémica. Teve como intercorrências dactilite e artrite inflamatória grau 2, que motivou introdução de corticoterapia em baixa dose, e posteriormente, hepatite grau 3 a limitar dosagem e a condicionar suspensão da combinação de IT após 11 ciclos de tratamento.

Pela necessidade de suspensão de IT, discutida pertinência de realizar nefrectomia esquerda. A doente foi consciencializada para a necessidade de integrar programa de hemodiálise se realizada cirurgia e recusou. Nos exames de *follow-up*, TC aos 3 meses com redução significativa das dimensões da massa e redu-

ção adicional a 1 ano de *follow-up*. Realizada PET-FDG para melhor definição de plano, que não demonstrou captação anómala sugestiva de lesão neoplásica, demonstrando uma resposta sustentada à IT. Atualmente, a doente encontra-se em vigilância clínica e imagiológica dada ausência de evidência de neoplasia ativa. Este caso reflete o desafio diário que as decisões clínicas implicam, sobretudo quando as soluções e consequências podem levar a um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. O trabalho integrado, com uma reflexão bioética conjunta sobre qual a conduta no melhor interesse da pessoa doente, aliado à necessidade de envolver o doente nas suas decisões terapêuticas permite atingir um consenso terapêutico.

POA 162

DESAFIO À INTEGRAÇÃO CLÍNICA NUMA NEOPLASIA DISSEMINADA

Catarina Gomes Gonçalves¹; Gabriela Silva²; Rute Gonçalves²;
Cátia Canelas²; Presa Ramos²

¹IPO Coimbra; ²Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Introdução: Neoplasias ginecológicas avançadas podem manifestar-se de forma inespecífica dificultando o diagnóstico precoce.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, com antecedentes de dislipidemia, síndrome depressivo e bronquite crónica recorreu, repetidamente, ao Serviço de Urgência por odinofagia, tosse e dispneia progressiva. Inicialmente foi assumida infeção respiratória com derrame pleural, cumpriu antibioterapia e diurético, sem melhoria. Regressou ao Serviço de Urgência por manter queixas e também por disfagia, rouquidão e perda ponderal de 6 kg em um mês. Ao exame Objetivo apresentava adenopatias cervicais palpáveis duras. Foi encaminhada para a consulta de Medicina, onde realizou biópsia das adenopatias cervicais e Tomografia Computorizada que revelou massa anexial esquerda 102×37 mm, associada a carcinomatose peritoneal, adenopatias cervicais e mediastínicas, lesões hepáticas sugestivas de metastização e derrame pleural persistente. A anatomia patológica confirmou diagnóstico de adenocarcinoma do ovário. A doente foi encaminhada para consulta de grupo, tendo-se decidido iniciar tratamento sistémico com quimioterapia.

Discussão: O caso evidencia a complexidade do raciocínio clínico, demonstrando como um viés diagnóstico inicial de infeção respiratória pode atrasar a suspeita de doença neoplásica. A biópsia do gânglio cervical foi determinante para o diagnóstico definitivo. Este exemplo reforça a importância da reavaliação sistemática, da integração crítica dos achados clínicos e imagiológicos com o exame anatomopatológico, bem como, da monitorização da evolução clínica. A abordagem integrada é essencial para permitir diagnóstico precoce e antecipar decisões terapêuticas.

POA 163

DA TROMBOCITOSE AO DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSE AL SISTÊMICA

Maria João Costeira Pereira; Alexandra Mendes;
Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Pedro Jordão de Freitas;
Pedro Martins Gonçalves

Hospital de Braga

Introdução: A Amiloidose AL é uma doença sistêmica rara caracterizada pela deposição extracelular de cadeias leves de imunoglobulina mal dobradas em diversos órgãos. O envolvimento renal e cardíaco é frequente e associa-se a elevada morbilidade. A apresentação clínica pode ser inespecífica, atrasando o diagnóstico. Este caso pretende salientar a importância da suspeita clínica perante síndrome nefrótica.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 60 anos, encaminhada para consulta de Medicina Interna por trombocitose persistente, microalbuminúria e ecocardiograma sugestivo de doença infiltrativa. Apresentava edema dos membros inferiores até aos joelhos, perda ponderal superior a 5% e urina espumosa desde junho de 2025. Tinha diagnóstico recente de dislipidemia.

Foi internada para estudo de síndrome nefrótica com a suspeita de doença infiltrativa sistêmica. A ressonância magnética cardíaca revelou achados compatíveis com cardiopatia infiltrativa sugestiva por amiloidose. Analiticamente trombocitose (641000/ μ L), VS 75 mm/h, NT-proBNP 430 pg/mL e hipoalbuminemia (2 g/dL). A imunofixação revelou pico monoclonal IgG/lambda, com aumento de cadeias leves livres lambda séricas (10,40) e rácio κ/λ diminuído.

Na urina de 24 horas verificou-se proteinúria de 11,37 g, albuminúria de 6 g e aumento de cadeias leves livres lambda urinárias (22,40), com rácio κ/λ de 0,04. Por elevação persistente de GGT e fosfatase alcalina realizou colangio-RM, sem alterações macroscópicas. A biópsia renal confirmou o diagnóstico de Amiloidose AL.

Durante o internamento manteve terapêutica diurética, hipocoagulação devido à hipoalbuminemia, fármacos renoprotetores e dieta hipossalina, com melhoria clínica. Foi posteriormente transferida para Hematologia para tratamento dirigido, com diagnóstico de Amiloidose AL com envolvimento renal, cardíaco e provável envolvimento hepático/biliar.

Discussão: A Amiloidose AL deve ser considerada em doentes com síndrome nefrótica associado a alterações cardíacas sugestivas de doença infiltrativa e gamapatia monoclonal. O diagnóstico requer confirmação histológica e o reconhecimento precoce é fundamental, dado que o envolvimento multiorgânico condiciona o prognóstico e a terapêutica depende do controlo da produção das cadeias leves pela doença hematológica subjacente.

POA 164

SARCOMA SINOVIAL DO MEDIASTINO POSTERIOR COM SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO RARO

Joana Isabel Neto Gomes¹; Carolina Soares Lopes²;
Danay Perez²

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; ²ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: O sarcoma sinovial é um tumor mesenquimatoso raro, tipicamente das extremidades. O mediastino posterior é uma localização incomum, podendo gerar complicações compressivas, como síndrome da veia cava superior (SVCS), tornando o diagnóstico e a terapêutica desafiadores.

Caso clínico: Homem de 60 anos, sem antecedentes de relevo, apresenta quadro com 2 meses de evolução de dor torácica retroesternal, em ardor, de intensidade moderada, com irradiação dorsal, sem fatores de alívio ou agravamento. Associadamente com pirose, disfagia, tosse seca e rouquidão. Sem síndrome constitucional ou febre. Analiticamente sem alterações. A avaliação imagiológica de destacar massa sólida heterogênea no mediastino posterior (9×6×9 cm), estendendo-se desde o plano da tiroide até à região infracarinal, deslocando traqueia, esófago e contactando a coluna, sem plano de clivagem claro com estruturas adjacentes e descrito ainda estase venosa cervical compatível com svcs. ecoendoscopia com biópsia evidenciou neoplasia mesenquimatosa fusocelular grau 2; estudo molecular confirmou rearranjo do gene ss18, compatível com sarcoma sinovial monofásico.

Discussão: multidisciplinar considerou a massa irressuscável, sendo iniciada quimioterapia paliativa com doxorubicina e ifosfamida, com estabilização imagiológica após quatro ciclos, seguindo-se segunda linha com 3 ciclos ifosfamida em alta dose. Atualmente, em avaliação para radioterapia, após redução dimensional de massa.

Discussão: O sarcoma sinovial mediastínico é raro e pode apresentar sintomas compressivos graves, incluindo SVCS, o que frequentemente atrasa o diagnóstico. A confirmação molecular do rearranjo SS18 é crucial. Em massas irressuscáveis, a quimioterapia sistêmica é o principal tratamento, embora o prognóstico permaneça reservado. Este caso evidencia a importância de suspeitar de sarcoma sinovial em massas mediastínicas posteriores com manifestações compressivas vasculares.

POA 165

SÍNDROME DE HEYDE – UM DIAGNÓSTICO AINDA ESQUECIDO

Inês Araújo Barbosa; Rita Amorim; Beatriz Barata;
José Manuel Pestana; Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A Síndrome de Heyde (SH) caracteriza-se pela associação de estenose aórtica (EAo), coagulopatia adquirida e anemia por hemorragia gastrointestinal. A

correção da estenose aórtica habitualmente resolve a anemia.

Caso clínico: Homem de 91 anos, hipocoagulado por fibrilhação auricular, com história de EAO, sem caracterização recente, e várias idas ao serviço de urgência no último ano por anemia grave com necessidade de suporte transfusional. Recorreu novamente por quadro com dois meses de evolução de perda ponderal, náuseas, anorexia, enfartamento e saciedade precoces, ao qual se associou dispneia e cansaço recentemente. Analiticamente, apresentava anemia microcítica grave (Hb 4,3g/dL e MCV 76,7fL), Plaquetas 138×10^9 , Ureia 93mg/dL, Creatinina 1.61mg/dL. Troponina I 111.5ng/mL (<34.0), sem dinâmica de isquemia, e ECG normal. O estudo da anemia revelou ferropenia (ferro 21 µg/mL, transferrina 445 mg/dL, IST 3%, ferritina 30,9 ng/mL), sem evidência de hemólise, alterações da função tiroideia ou défices vitamínicos. O ecocardiograma transtorácico mostrou EAO grave (velocidade máxima 4,9 m/s e gradiente médio 56 mmHg), insuficiência mitral severa, insuficiência tricúspide moderada a severa e hipertensão pulmonar (PSAP 60 mmHg). Após avaliação multidisciplinar, o doente foi considerado inapto para intervenção valvular percutânea ou cirúrgica. Em avaliação por gastroenterologia, e perante estabilidade clínica, foi proposto estudo em ambulatório por videocápsula. Face à decisão de não intervir sobre a estenose aórtica, optou-se pela suspensão da hipocoagulação e não realizar estudo plaquetário adicional.

Discussão: O diagnóstico da SH habitualmente é tardio, contribuindo para tempos de hospitalização prolongados e aumento da morbimortalidade. Neste caso, a impossibilidade de corrigir a EAO limita as opções terapêuticas, condiciona dependência de suporte transfusional periódico e compromete o prognóstico e a qualidade de vida do doente, reforçando a necessidade de reconhecimento precoce desta entidade.

POA 166

TROMBOSE DA VEIA PORTA E MESENTÉRICA SUPERIOR ASSOCIADA À TROMBOCITOSE: O PAPEL DA MUTAÇÃO JAK-2

Joana H. Teixeira; Daniela Costa; Álvaro Zia; Marta Carinhas; Patrícia Ferreira; Inês Carvalho; Daniela Rodrigues; Daniel Botelho; António Cardoso; Martinho Fernandes
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A trombose do sistema venoso hepático é uma forma incomum de trombose venosa, frequentemente associada a estados protrombóticos adquiridos ou hereditários. As neoplasias mieloproliferativas, especialmente a trombocitemia essencial (TE), são causas relevantes em territórios atípicos, sendo a mutação JAK-2 um marcador molecular chave para diagnóstico e estratificação de risco trombótico

Caso clínico: Mulher, de 50 anos, sem antecedentes

relevantes, sob contraceptivo oral combinado e trombocitose incidental (detectada em análises de rotina). A doente foi admitida no Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal em cinturão, náuseas, anorexia e obstipação com uma semana de evolução. Analiticamente apresentava de relevo trombocitose (plaquetas $>950 \times 10^9/L$); esfregaço periférico a descrever “trombocitose”. Na investigação imagiológica foi documentada trombose da veia porta e da veia mesentérica superior, pelo que iniciou anticoagulação, sendo internada para estudo etiológico. Realizado medulograma e biópsia óssea que não revelaram alterações sendo que a pesquisa de mutação JAK-2 foi positiva. Confirmado assim o diagnóstico de neoplasia mieloproliferativa compatível com TE, foi iniciada terapêutica citorredutora com hidroxiureia, mantendo anticoagulação e constatando-se boa evolução clínica com controlo progressivo da contagem plaquetária.

Conclusão: O caso demonstra que a trombocitemia essencial pode causar trombose do sistema venoso hepático em localizações atípicas. A presença da mutação JAK-2 confirma o diagnóstico e orienta para o início de terapêutica com agentes citorredutores associada à anticoagulação, reduzindo assim o risco de novos eventos trombóticos. O uso concomitante de contraceção hormonal combinada aumenta significativamente o risco protrombótico, reforçando a necessidade de identificação precoce de fatores adquiridos e de um estudo hematológico completo para otimizar o manejo e prevenir complicações graves.

POA 167

NEM SEMPRE É INFEÇÃO: INFLAMAÇÃO SISTÊMICA COMO SINAL DE ALARME

Lúcia Carreira-Marques; Diogo Matias; Joana Magalhães; Maria Inês Rocha; Mafalda Pereira; Vanessa Chaves; Edite Pereira; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde de São João

A inflamação sistêmica sem foco identificado é um motivo frequente de internamento em Medicina Interna e exige uma abordagem diagnóstica abrangente. Embora menos frequentes, as neoplasias pulmonares podem apresentar-se exclusivamente com sintomas constitucionais, acrescentando complexidade ao diagnóstico, especialmente no doente idoso com várias co-morbilidades confundidoras.

Mulher, 88 anos, sem hábitos tabágicos, com antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular hipocoagulada, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, bronquiectasias e síndrome de apneia do sono, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia com cerca de três semanas de evolução, dor de ritmo inflamatório da cintura escapular, associada a dispneia para pequenos esforços e episódios transitórios de desorientação. Negava tosse, expectoração, febre, ortopneia ou dispneia paroxística noturna, perda

ponderal ou hipersudorese noturna. À admissão apresentava elevação marcada dos parâmetros inflamatórios, sem leucocitose ou foco infeccioso evidente. O estudo inicial, incluindo radiografia de tórax, tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica, estudo microbiológico e autoimune, não revelou alterações relevantes. Manteve febre intermitente e inflamação sistêmica persistente. Realizou TC tóraco-abdomino-pélvica que revelou um nódulo espiculado no lobo superior direito, com cerca de 18 mm, associado a lesões sólidas bilaterais das glândulas suprarrenais suspeitas de metastização. A tomografia por emissão de positrões confirmou hipercaptação destas lesões. A broncofibroscopia com biópsia guiada revelou adenocarcinoma pulmonar (TTF-1 positivo), com expressão de PD-L1 de 1–5%, estabelecendo o diagnóstico de neoplasia pulmonar metastizada.

A apresentação sistêmica da neoplasia pulmonar numa doente não fumadora e idosa constitui um desafio diagnóstico relevante. Este caso reforça o papel da Medicina Interna na integração clínica e na identificação de etiologias graves subjacentes a quadros aparentemente inespecíficos.

POA 168

LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA T COM LINFOCITOSE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA: UM CASO CLÍNICO RARO

Raquel Lopes; Fernando Miguel

ULS Região Leiria

Introdução: A leucemia prolinfocítica T (T-PLL) é uma neoplasia linfóide T madura rara e agressiva, representando <2% das leucemias linfocíticas do adulto. Mais comum em idosos, caracteriza-se por linfocitose marcada, frequentemente de progressão rápida, podendo associar-se a citopenias, organomegalias e LDH elevada. Pode cursar inicialmente sem sintomas, o que constitui um desafio para o internista.

Caso clínico: Homem, 66 anos, ECOG 0, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia; em 06/2023 com linfocitose ligeira (leucócitos (leuc.) 13.100/μL; linfócitos (linf.) 5.200/μL), assintomático e sem adenopatias ou organomegalias; LDH normal. Na imunofenotipagem de sangue periférico (IF SP): população T CD4+ aberrante, sugestiva de síndrome linfoproliferativa T. TC cervico-tóraco-abdomino-pélvica e estudo medular sem evidência de doença sistêmica. Manteve vigilância até 05/2025, altura em que apresentou duplicação linfocitária bimestral e elevação da LDH. Em 11/2025: leuc. 267.600/μL (linf. 246.000/μL), hemoglobina 12,2 g/dL, plaquetas 87.000/μL, LDH 790 UI/L e β2-microglobulina 5 mg/dL. Tomografia Computorizada (TC) mostrou adenopatias cervicais, mediastínicas, abdominais e esplenomegalia (15,5 cm). Tomografia Emissão Positrões (PET)-TC com captação discreta compatível com doença

linfoproliferativa de baixo grau metabólico. Nova IF SP revelou 82% de células T patológicas (CD4+, CD2+, CD5+, CD7+, CD26+, CD45RA+, CCR7+, citoTCL1+, ausência de CD3 de superfície e CD8), confirmando T-PLL. Apesar de assintomático, apresentou critérios de tratamento por linfocitose rapidamente progressiva e trombocitopenia. Proposto alemtuzumab seguido de consolidação com transplante alogénico em centro especializado.

Discussão: Este caso evidencia a importância da valorização e vigilância da linfocitose persistente, mesmo assintomática. A T-PLL pode apresentar fase inicial indolente, evoluindo rapidamente para doença agressiva, sendo que a decisão terapêutica baseia-se na progressão laboratorial e citopenias, mesmo na ausência de sintomas, reforçando o papel do internista na referenciação atempada para Hematologia e na articulação multidisciplinar.

POA 169

SÍNDROME DE AUSTRIAN: A TRIÁDE MORTAL DA DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

Sara Alves Morais; Patrícia Ferreira; Vera Lúcia Ferreira Luís; Maria Do Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A Síndrome de Austrian é uma manifestação rara da doença pneumocócica invasiva, definida pela tríade de pneumonia, meningite e endocardite infecciosa. Caracteriza-se por uma evolução hiperaguda, exigindo diagnóstico precoce e, frequentemente, intervenção cirúrgica cardíaca emergente.

Caso clínico: Mulher de 54 anos, melanodérmica, com antecedentes de hipertensão arterial, admitida por febre, cefaleia intensa, fotofobia, vômitos e alteração do estado de consciência, após 3 semanas de queixas algícas inespecíficas. À entrada apresentava-se prostrada, confusa, febril com rigidez da nuca. Analiticamente a destacar: leucocitose (21.900/uL) e proteína C reativa de 275 mg/L. A punção lombar revelou líquido cefalorraquidiano turvo com 1700 células/mm³ (88% polimorfonucleares), hiperproteinorráquia e a pesquisa de agentes neurotrópicos positiva para *Streptococcus pneumoniae*. A doente evoluiu com hipoxemia grave e necessidade de ventilação mecânica invasiva. A AngioTC Tórax excluiu tromboembolismo pulmonar, e revelou focos de consolidação bilateral. Simultaneamente, desenvolveu instabilidade hemodinâmica e bloqueio aurículo-ventricular de alto grau, tendo realizado Ecocardiograma em que foi confirmada endocardite pneumocócica extensa com destruição valvular aórtica e mitral, abscesso peri-anular com extensão ao septo e compromisso do sistema de condução, tendo sido submetida a substituição valvular aórtica e mitral por próteses mecânicas e exclusão cirúrgica do abscesso. As Hemoculturas foram também positivas para o mesmo agente, configurando a Síndrome de Aus-

trian (pneumonia, meningite e endocardite). Cumpriu antibioterapia com benzilpenicilina em internamento prolongado, apresentando evolução favorável, com recuperação clínica e ecocardiograma de controlo mostrando próteses normofuncionantes.

Discussão: Este caso ilustra a gravidade da infeção pneumocócica disseminada. A rapidez na progressão de meningite para falência cardíaca por destruição valvular sublinha a necessidade de um elevado índice de suspeição perante novos bloqueios de condução ou sopros cardíacos. O sucesso clínico deveu-se à intervenção cirúrgica atempada e à abordagem multidisciplinar, permitindo a sobrevivência a uma entidade associada habitualmente a um desfecho fatal.

POA 170

PNEUMOCISTOSE EM DOENTE COM NEOPLASIA DO CÓLON: DESAFIO FORA DO ESPECTRO DA IMUNOSSUPRESSÃO CLÁSSICA

Clara Pinto; Ana Sofia Pimenta; João Faia; Inês Silva Pinheiro; Ana Sofia Martins; Susana Cavadas
ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PPJ) é uma infeção oportunista, potencialmente fatal, classicamente associada à infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH). Contudo, tem sido crescentemente reconhecida em hospedeiros imunocomprometidos não-VIH, incluindo doentes com tumores sólidos sob esquemas de quimioterapia.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 57 anos com adenocarcinoma mucinoso do cólon, estágio II (pT3N0M0), que desenvolveu PPJ após quimioterapia adjuvante (esquema CAPOX), sem exposição prévia a corticoterapia prolongada ou citopenias graves. A doente, cerca de uma semana após o último ciclo de quimioterapia, recorreu ao serviço de urgência por dispneia, em agravamento progressivo para esforços médios e tosse com expectoração hemoptoica na semana subsequente ao último ciclo de quimioterapia. Analiticamente, destacava-se linfopenia ligeira com contagem de neutrófilos preservada e elevação da lactato desidrogenase. A tomografia computadorizada torácica revelou opacidades em vidro despolido bilaterais e o lavado broncoalveolar (LBA) confirmou a presença de *P. jirovecii* por imunofluorescência. Instituiu-se terapêutica com trimetoprim-sulfametoxazol endovenoso durante 7 dias, seguido de duas semanas por via oral, sem necessidade de corticoterapia adjuvante. Verificou-se recuperação clínica e imagiológica total.

Conclusão: Este caso mostra a necessidade de considerar a PPJ no diagnóstico diferencial de infiltrados pulmonares em doentes imunodeprimidos não-VIH, particularmente em neoplasias de órgão sólido sob quimioterapia citotóxica, mesmo na ausência de fatores de risco clássicos como linfopenia grave ou corticoterapia prolongada. Dada a rápida progressão e elevada

morbimortalidade da PPJ nesta população, a suspeita clínica precoce e investigação por LBA são cruciais, reforçando a necessidade de vigilância para infeções oportunistas perante a vulnerabilidade imunológica induzida por regimes citotóxicos (como o CAPOX).

POA 171

O SILÊNCIO DE UMA INFEÇÃO COM ATINGIMENTO SISTÊMICO

Mariana Dias Maia¹; Inês Burmester¹; Rita Moça¹; Fani Ribeiro¹; Raquel Santos¹; Nuno Cerejeira²

¹CH Póvoa Varzim - Vila Conde; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A endocardite infecciosa associa-se a uma morbimortalidade elevada. É por isso um diagnóstico diferencial que deve constar na marcha de exclusão diagnóstica de febre, visto ser uma doença frequentemente silenciosa, com baixo limiar para a suspeição clínica, de forma a não atrasar o tratamento empírico.

Homem, 53 anos, antecedentes de substituição valvular aórtica por bioprótese no contexto de valvulopatia reumática, é admitido por febre, anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução. Analiticamente, anemia normocítica normocrômica com hemoglobina 10g/dL e Proteína C Reativa 18 mg/dL. A tomografia computadorizada (TC) mostrou áreas de enfartes esplênicos. Pela clínica frustrada e prolongada e antecedentes conhecidos, foi internado para estudo. No ecocardiograma identificou-se vegetação valvular em posição aórtica. Assumida endocardite com embolização séptica esplênica em doente com prótese valvular, iniciou piperacilina+tazobactam e vancomicina, empiricamente. Clinicamente estável até ao 5º dia e hemoculturas positivas para *Streptococcus Sanguinis*, dirigida antibioterapia para ceftriaxone 2g/dia, com boa evolução inicial. Ao fim de 8 dias, houve recrudescência da febre e notado défice neurológico focal (quadrantanópsia direita lateral superior) com TC a mostrar lesão isquémica occipital interna esquerda (com transformação hemorrágica), provável embolização cerebral. Optado por ajustar ceftriaxone para 2g 12/12h, cumprindo 25 dias. Novamente, por febre, repetiu ecocardiograma, que demonstrou abscesso a nível fibrose mitro-aórtica, sendo submetido a substituição valvular por bioprótese. As áreas de enfarte esplênico complicaram com abscesso tendo prolongado antibioterapia com ciprofloxacina por 4 semanas.

Assim, este doente tem fator de risco importante (válvula protésica) para o desenvolvimento de endocardite e de mau prognóstico evolutivo, relevando a necessidade de vigilância apertada com a abordagem terapêutica mais adequada e atualizada, que pode ser alterada a qualquer momento consoante a sua evolução.

POA 172

UMA ARTRITE DISFARÇADA – A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Maria Helena Temido; Ana Midões Almeida; Marta Moitinho; Ascencion Lopez; Vera Beato

Hospital Forcas Armadas Portuguesas

Introdução: As artrites agudas em doentes com várias comorbilidades constituem um desafio diagnóstico, sobretudo quando o curso insidioso exige avaliação minuciosa e elevada suspeição clínica. A artrite de Lyme é uma manifestação tardia da infecção por *Borrelia burgdoferi*, que em menos de 10% dos casos pode tornar-se refractária à antibioterapia, dificultando o tratamento eficaz.

Caso clínico: Homem, 65 anos, com história de insuficiência venosa crónica, hipertensão e enfarte agudo de miocárdio recente, inicia quadro de dor e edema das tibiotársicas, ritmo misto, dificultando deambulação e exercício de bicicleta, iniciado para reabilitação cardíaca e mantido por prática desportiva. Sem outras queixas. Sem suspeita de iatrogenia medicamentosa. Fez diversos exames: radiografia dos tornozelos sem alterações osteoarticulares agudas, ecodoppler sem sinais de trombose venosa dos membros inferiores, ecocardiograma (ETT) sem alterações funcionais ou morfológicas, análises destacando-se velocidade de sedimentação 57mm/1ª hora. Por agravamento da dor e surgimento de lesões maculares violáceas no dorso dos dedos das mãos é observado em consulta de medicina interna. Com a história clínica completa (incluindo deslocções recentes) e exame físico, pede-se painel autoimune (negativo) e serologias infecciosas, que revelaram IgG anti-Borrelia 96U/ml (até 10U/ml) e IgM 0,9U/ml (até 0,9U/ml). Fez 21 dias de doxiciclina com melhoria inicial, mas posterior recrudescência das queixas. Repetiu ETT sem endocardite. Fez 3 semanas de corticoterapia com resolução completa do quadro clínico.

Conclusão: Destaca-se o desafio diagnóstico da artrite de Lyme em doentes com múltiplas patologias, onde a suspeita clínica é fundamental para a correta marcha diagnóstica e pequenas pistas podem ser essenciais. A importância da reavaliação clínica, sobretudo se persistência de sintomas após antibiótico, relembra a necessidade de corticoterapia, que pode ser decisiva para a resolução completa do quadro inflamatório nos casos prolongados.

POA 173

DA NEUTROPENIA FEBRIL À ENDOCARDITE: UM PERCURSO CLÍNICO DESAFIANTE

Joana Marina Teixeira Gouveia; Margarida Gouveia; Ana Osório Petrucci; Nuno Alemão-Serrano; David Pires; Isabel Costa

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A endocardite infecciosa por *Salmonella* é uma entidade rara, associada a elevada mortalidade, sobretudo em doentes imunossuprimidos. A apresentação clínica inespecífica, frequentemente em contexto de neutropenia febril, e a presença de microrganismos multirresistentes dificultam o diagnóstico e condicionam a abordagem terapêutica.

Trata-se de uma mulher de 77 anos, com leucemia mieloide aguda (LMA) em recaída, sob ivosidenib, com antecedentes de síndrome de diferenciação associada ao fármaco. Internada por febre persistente, prostração e diarreia sem muco ou sangue, analiticamente com pancitopenia grave, PCR 29,3 mg/dL e procalcitonina 3,52 ng/mL. Fez tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplos microabscessos hepáticos, derrame pericárdico moderado, derrames pleurais bilaterais e áreas de enfarte esplénico.

Assumida neutropenia febril, tendo iniciado antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e ampicilina. As hemoculturas identificaram *Salmonella typhimurium* e o ecocardiograma transesofágico confirmou endocardite infecciosa da válvula aórtica. A antibioterapia foi escalada para meropenem e vancomicina, posteriormente ajustada, num internamento prolongado. A evolução foi complicada por pericardite, fibrilhação auricular de novo, lesão renal aguda, sobrecarga hídrica com necessidade de ultrafiltração e colonização por enterobactérias produtoras de OXA-48 e KPC, limitando as opções terapêuticas. A LMA foi reavaliada por mielograma sendo considerada como refratária, sem alternativas terapêuticas com intenção curativa. Apesar de abordagem multidisciplinar, a evolução foi desfavorável, tendo sido definidos cuidados paliativos, culminando no óbito.

Este caso sublinha a importância de manter um elevado índice de suspeição para endocardite por agentes não usuais em doentes imunossuprimidos com bacteriemia, bem como o impacto da multirresistência bacteriana, da falência de órgão e da necessidade de decisões centradas no doente, pilares fundamentais da Medicina Interna.

POA 174

SÍNDROME DE WEIL – UM CASO DE COMPROMISSO MULTIORGÂNICO

Joana Melo; Ana Pedro Pereira; Alexandre Castro Lopes; Rita Figueira; Gorete Jesus; Carla Matias

ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

A leptospirose é causada pela bactéria *Leptospira*, transmitida pelo contacto com urina de animais infetados, água ou solos contaminados. Os roedores são os principais transmissores. Pode apresentar-se de forma ligeira (anictérica) ou grave (Síndrome de Weil - SW), caracterizada por icterícia e falência multiorgânica. O tratamento é sobretudo de suporte, com antibioterapia em casos mais graves.

Homem, 68 anos, autónomo, com défice cognitivo ligeiro e dislipidemia, recorre ao serviço de urgência por febre, mialgias, astenia, anorexia, vômitos, icterícia e desorientação com 2 dias de evolução. Ao exame Objetivo, polipneico, crepitações bilaterais, hipotenso, icterico, desorientação e anúria. Analiticamente, insuficiência respiratória hipoxémica, anemia, trombocitopenia, lesão renal aguda com acidemia metabólica, citocolestase com hiperbilirrubinemia direta, elevação dos parâmetros inflamatórios e hiperlactacidemia. TC TAP com focos consolidativos pulmonares bilaterais, sem dilatação da vesícula ou vias biliares. Iniciou fluidoterapia, ceftriaxone empiricamente e noradrenalina. Ecocardiograma com boa função ventricular. Admitido na Medicina Intensiva por choque séptico com disfunção multiorgânica.

Durante o internamento, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e diálise contínua. Cumpriu 7 dias de ceftriaxone e 10 dias de doxiciclina. Apresentou PCR de leptospira na urina e serologias positivas para leptospira, confirmando o diagnóstico de SW. Restantes serologias e virologias negativas. Melhoria significativa das disfunções neurológica, respiratória, cardiovascular, renal, hepática e hematológica, passou para a enfermaria ao fim de 19 dias com boa evolução clínica, onde cumpriu reabilitação. Teve alta para unidade de convalescença.

Este caso ilustra uma forma grave de leptospirose. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais, pois a doença pode evoluir rapidamente para falência multiorgânica e morte. Apesar de rara no nosso país, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de síndromes febris com icterícia e compromisso multiorgânico.

POA 175

SARAMPO - DOENÇA ERRADICADA... MAS A NÃO DESCONSIDERAR!

Nádia Marcos; António Martins Baptista;

Teresa Passos da Fonseca; Ana Júlia Pedro;

Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A maioria das pessoas nascidas antes de 1970 está protegida contra o sarampo por ter tido a doença. A população nascida após 1970 está protegida por ter sido vacinada. No entanto, algumas pessoas vacinadas poderão contrair a doença por diminuição da proteção conferida pela vacina com o passar do tempo.

Apresenta-se o caso de um homem de 43 anos, autónomo, sem epidemiologia relevante, que iniciou um quadro de febre e exantema maculopapular pruriginoso descamativo na face, tronco e dorso com cinco dias de evolução. Referia ainda mialgias, tosse seca, odinofagia e diarreia. Recorreu inicialmente aos Cuidados Saúde Primários (CSP), onde foi diagnosticada infeção respiratória superior aguda. No dia seguinte, pelo agravamento dos sintomas, acabou por ser encaminhado ao Serviço de Urgência Hospitalar. Quando questionado, confirmou que das doenças exantemáticas da infância apenas sofreu de varicela. Negou peremptoriamente ter tido sarampo e o seu boletim vacinal confirmava a imunização contra esta doença. Ninguém no domicílio ou no trabalho apresentava sintomas semelhantes. Ao exame Objetivo, destacava-se a febre (39.6°C), conjuntivite bilateral, o exantema previamente descrito e alterações na mucosa jugal compatíveis com manchas de Koplik. Perante a suspeita imediata e inequívoca de sarampo, o doente foi transferido para a sala de isolamento e foram colhidos avaliação analítica, urina tipo II e exsudado nasofaríngeo, que foram encaminhados para o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Teve alta no próprio dia, por ausência de critérios de gravidade e por possibilidade de isolamento em domicílio. Os resultados foram emitidos pelo INSA após 24h, confirmando infeção por sarampo.

Em 2025, foram diagnosticados 21 casos de sarampo em Portugal. Este caso clínico chama a atenção para não ignorar sinais e sintomas típicos (até mesmo patognomónicos) mesmo quando o contexto (idade, status vacinal) parecem contrariar a hipótese diagnóstica principal.

POA 176

HEPATITE E: A ETIOLOGIA ESQUECIDA DA HEPATITE AGUDA

Fábio Dinis Alves; Bárbara Fraga Campos; Eduardo Carvalho Cruz; Ana Beatriz Magalhães; Vanessa Palha; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: A infeção pelo vírus da hepatite E é uma causa frequente de hepatite aguda a nível mundial, associada sobretudo a transmissão zoonótica em paí-

ses desenvolvidos. Em Portugal, apesar da circulação endêmica do genótipo 3 (zoonótico), a patologia permanece subdiagnosticada devido à baixa suspeição clínica e à ideia errônea de que se limita a contextos de viagem para áreas endêmicas. O diagnóstico atempado é crucial para evitar investigações exaustivas e desnecessárias.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, residente em meio rural, com contacto regular com gado e consumo de água de poço não testada. Negado consumo de álcool, drogas e introdução recente de fármacos. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, náuseas, dejeções moles, dor abdominal, colúria e acolia com poucos dias de evolução, associadas a episódio de síncope; negada febre. Analiticamente a evidenciar lesão hepatocelular (AST 2469 U/L; ALT 2378 U/L; R factor 28), com bilirrubina discretamente elevada e sem coagulopatia ou hipoalbuminemia. O estudo etiológico inicial foi negativo, incluindo hepatites A, B e C, VIH, infeções virais sistêmicas, causas autoimunes e metabólicas. Ecografia abdominal sem alterações relevantes além de esteatose ligeira, sem dilatação biliar, trombose portal ou evidência de infiltração maligna. Durante o internamento manteve estabilidade clínica e progressiva melhoria analítica, com descida das transaminases. Dada a persistência da dúvida etiológica e o contexto epidemiológico, foi solicitada serologia para vírus da hepatite E, que revelou positividade para IgM e IgG, confirmando infeção aguda. Teve evolução favorável sob vigilância e medidas de suporte.

Conclusão: Este caso evidencia a importância de considerar a hepatite E no diagnóstico diferencial da hepatite aguda, particularmente em doentes com exposição ambiental e zoonótica, mesmo na ausência de viagens ou fatores de risco clássicos. Em Portugal, a sua pesquisa não é sistemática, podendo contribuir para subdiagnóstico. A inclusão precoce deste estudo permite evitar investigações extensas desnecessárias e reforça a necessidade de maior sensibilização para esta entidade clínica.

POA 177

WHEN DEMENTIA IS NOT DEMENTIA: UNMASKING DISSEMINATED *S. AUREUS* INFECTION IN AN ELDERLY PATIENT

Marta G. Sousa; Eva São Pedro; Maria Inês Rocha; Mariana Silva Leal; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction: Disseminated *Staphylococcus aureus* infection can present atypically in elderly patients, representing a diagnostic challenge. Sepsis-associated encephalopathy can mimic primary neurodegenerative disorders such as dementia, leading to diagnostic delay and reduced chances of full cognitive recovery.

Clinical case: A 69-year-old immunocompetent man with no classical risk factors, presented with several

months of progressive constitutional symptoms accompanied by cognitive and behavioural changes, initially suggestive of dementia. In the emergency department, physical examination revealed painful left sternoclavicular joint swelling. Laboratory findings showed normocytic anaemia, increased inflammatory markers and hypoalbuminemia. Blood cultures grew methicillin-sensitive *S. aureus*. Comprehensive imaging demonstrated left sternoclavicular septic arthritis with osteomyelitis and abscess formation, spondylodiscitis of L4-L5 and tibial involvement, consistent with hematogenous dissemination. Endocarditis was excluded. Treatment consisted of surgical source control and prolonged antibiotic therapy (a 6-week course of intravenous antibiotics followed by oral therapy). The cognitive and behavioural symptoms improved rapidly and resolved completely after treatment, supporting sepsis-associated encephalopathy as the likely cause of cognitive impairment.

Discussion: Disseminated *S. aureus* infection should be considered in elderly patients with prolonged constitutional symptoms and cognitive decline, even without classical risk factors. The diagnostic delay highlights the need for high clinical suspicion, as sternoclavicular joint infections are rare but potentially severe due to their proximity to mediastinal structures. Over one third of *S. aureus* bacteraemia cases develop metastatic complications, often with neurological manifestations. Early recognition and diagnosis, multidisciplinary management, and appropriate treatment may allow complete neurological recovery and prevent misdiagnosis of potentially reversible cognitive impairment as primary dementia.

POA 178

PNEUMONIA BILATERAL NUM JOVEM: PENSAR ALÉM DA INFEÇÃO

Vitor Santos Oliveira; Inês Fernandes; Filipa Reis; Inês Rento; Giovana Ennis; Nuno Monteiro; Edite Nascimento
ULS Viseu Dão Lafões

A imunodeficiência comum variável (ICV) é a imunodeficiência primária sintomática mais frequente, caracterizada por níveis reduzidos de imunoglobulinas e resposta insuficiente a antígenos vacinais ou infecciosos. O diagnóstico baseia-se na hipogamaglobulinemia persistente e na exclusão de outras causas de imunodeficiência. Pode manifestar-se por infeções recorrentes do trato respiratório, mais frequente provocadas por bactérias encapsuladas como *Streptococcus pneumoniae*.

Caso clínico: Homem de 22 anos, recorreu ao SU por febre (temperatura máxima 39,4°C), tosse produtiva com expectoração purulenta e anorexia. História de infeções respiratórias recorrentes (3-4 episódios/ano), não complicadas e sem internamento, sempre tratadas com antibioterapia.

Ao exame Objetivo apresentava-se taquicárdico, febril, eupneico em aa. Analiticamente com leucocitose, procalcitonina 4,2 ng/mL e PCR 23,4 mg/dL. Foi realizado radiografia e Tc tórax que mostrou adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais, consolidações parenquimatosas multilobares em vidro despolido e esplenomegalia com 20cm de diâmetro bipolar.

Foi admitido com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade bilateral multilobar, iniciando amoxicilina/ácido clavulânico. Por tratamento prévio com a mesma antibioterapia e suspeita de agente atípico foi adicionado azitromicina a D1 de internamento.

Atendendo à história prévia, procedeu-se a estudo imunológico que revelou hipogamaglobulinemia grave: IgG 160 mg/dL, IgA indetectável, IgM 24 mg/dL, foram excluídas causas de imunodeficiência secundária, como HIV. O doente apresentou melhoria clínica progressiva, atingindo apirexia ao quinto dia. Ainda durante internamento iniciou terapêutica com imunoglobulina iv (300mg/kg). Teve alta com orientação para Imunoalergologia e reforço da vacinação.

Discussão: Este caso ilustra a apresentação típica de ICDV num adulto jovem, com infeções respiratórias recorrentes culminando numa pneumonia. O atraso diagnóstico está associado a pior prognóstico.

O tratamento baseia-se na terapêutica de suplementação com imunoglobulina, com ajuste posológico para manter níveis séricos de IgG superiores a 4 g/L. É essencial a monitorização regular e rastreio de complicações autoimunes e neoplásicas, bem como o reforço e vigilância vacinal.

POA 179

QUANDO O DELIRIUM ESCONDE UMA ESPONDILODISCITE

Sara Oliveira Gomes; Inês Pereira Oliveira;
Andreia Correia Bulhão; Cláudia Silva; Adriana Almeida;
Ângela Coelho
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

A espondilodiscite é uma infeção do disco intervertebral e dos corpos vertebrais adjacentes, podendo estender-se aos tecidos paravertebrais e ao espaço epidural. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica, sobretudo em idosos, podendo atrasar o diagnóstico e favorecer complicações. Apresenta-se o caso de uma mulher de 77 anos, previamente autónoma, que recorreu ao serviço de urgência por astenia, febre, tosse e dor lombar com duas semanas de evolução, associadas a lentificação e desorientação progressivas. À admissão apresentava-se agitada e desorientada, hemodinamicamente estável, com aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 12 270/uL; PCR 22 mg/dL) e lesão renal aguda. Ao exame neurológico não apresentava défices focais nem sinais meníngeos. Perante febre e alteração do estado

de consciência realizou uma punção lombar que revelou pleocitose neutrofílica marcada, compatíveis com infeção bacteriana do sistema nervoso central, tendo sido iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e ampicilina. A ressonância magnética (RM) lombar revelou espondilodiscite L1–L2 com empiema epidural e extensas coleções abcedadas bilaterais do músculo iliopsoas, tendo sido ajustada antibioterapia para ceftriaxone e vancomicina. Por persistência de febre realizou RM abdomino-pélvica, que evidenciou múltiplos abscessos abdominopélvicos, incluindo interaorto-cava, tendo sido escalada a antibioterapia para meropenem, mantendo vancomicina. Realizou drenagem percutânea das coleções e, por agravamento neurológico, descompressão endocanal. Os estudos microbiológicos foram negativos. Após observou-se evolução clínica favorável, com resolução dos parâmetros inflamatórios e melhoria funcional progressiva. Este caso ilustra uma apresentação atípica de espondilodiscite em idosa, inicialmente manifestada por delírium e sintomas constitucionais inespecíficos, sem défices neurológicos focais. A dor lombar progressiva foi um elemento-chave para orientar a investigação etiológica, tendo a ressonância magnética feito o diagnóstico. Este caso relembra a importância do reconhecimento precoce destas infeções e a necessidade de abordagem multidisciplinar, para otimização do tratamento e melhoria do prognóstico.

POA 180

PAROTIDITE SUPURATIVA POR MSSA: UMA COMPLICAÇÃO ESQUECIDA DO VÍRUS INFLUENZA A

Joana Moreira De Magalhães; Inês Pereira Da Cruz;
Jorge Almeida; Ana Isabel Ferreira
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A gripe A representa uma ameaça significativa para os idosos, responsável por elevada taxa de mortalidade. As complicações típicas incluem pneumonia e eventos cardiovasculares. A parotidite associada ao influenza, embora rara, surge em média 4 dias após os sintomas respiratórios. Não obstante, o vírus influenza predispõe a infeções bacterianas secundárias, sendo o *Staphylococcus aureus* (SA) responsável por grande parte das coinfecções em doentes críticos.

Caso clínico: Mulher, 87 anos, com diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, asma e doença de Alzheimer. Apresentou-se no serviço de urgência com quadro de sonolência, confusão, alterações da marcha e linguagem, tosse produtiva e deterioração funcional para as atividades da vida diária. Objetivou-se febre com fraca resposta a antipiréticos e insuficiência respiratória tipo 1. A pesquisa de vírus respiratórios foi positiva para Influenza A. Durante o internamento, verificou-se elevação persistente da proteína-C reativa (máximo 468.5mg/L), febre elevada e tumefação parotídea dura

e dolorosa à direita. Tomografia computadorizada a confirmar parotidite supurativa aguda. Concomitantemente, foi identificada candidose oral. As hemoculturas isolaram SA metilino-sensível (SAMS). Foi medicada com oseltamivir para a gripe A, cefazolina para a bacteremia por SAMS e fluconazol para a candidose oral, com evolução clínica favorável.

Discussão: Este caso evidencia a complexidade das infecções respiratórias em idosos com comorbidades. A infecção por *influenza A* compromete as defesas do hospedeiro através de lesão epitelial e disfunção ciliar, promovendo infecções secundárias. A progressão para parotidite supurativa com bacteremia por SAMS representa complicação rara e subdiagnosticada. Este caso reforça a importância de considerar complicações atípicas em idosos com evolução desfavorável. A vacinação anual permanece a estratégia preventiva mais eficaz nesta população vulnerável.

POA 181

INFECÇÃO DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR: UM CASO RARO DE ARTRITE SÉPTICA

Matilde Rodrigues; Mafalda Figueiredo; André Abreu; Daniela Soares Santos; Patrícia Dias; Arsénio Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A artrite séptica é uma emergência médica associada a elevada morbidade, especialmente em populações vulneráveis. A articulação esternoclavicular é raramente afetada (0,5–1%), mas o seu envolvimento pode ter complicações graves. O *Staphylococcus aureus* sensível à metilina (MSSA) é o agente mais frequentemente isolado.

Caso clínico: Homem, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, gota, recorreu ao serviço de urgência por febre, cervicalgia e toracalgia esquerdas. Apresentava dor localizada à palpação da articulação esternoclavicular esquerda e analiticamente leucocitose neutrofílica e elevação da proteína C reativa. As hemoculturas foram positivas para MSSA. A tomografia computadorizada revelou inflamação e derrame da articulação esternoclavicular esquerda, sem abscesso. Iniciou antibioterapia endovenosa com vancomicina e ceftriaxone que manteve 2 semanas, ajustada para cotrimoxazol dirigido, mais 2 semanas, com melhoria. Em reavaliação, mantinha dor residual e realizou ressonância magnética que mostrou derrame volumoso e sinais de osteíte subjacente, sem coleções abcedadas. Manteve antibioterapia com cotrimoxazol por mais 2 semanas e foi efetuada biópsia articular que confirmou processo infeccioso ativo. O doente evoluiu favoravelmente com melhoria clínica progressiva.

Discussão: A artrite séptica esternoclavicular é rara e de diagnóstico desafiante devido à localização profunda e difícil acesso articular. O tratamento conser-

vador com antibioterapia dirigida é eficaz na ausência de destruição óssea ou abscessos e a biópsia articular pode confirmar o diagnóstico e orientar a duração da terapêutica. Este caso evidencia que, com vigilância clínica e imagiológica adequadas, é possível alcançar resolução completa sem necessidade de cirurgia.

POA 182

DE TRATAMENTO CONSERVADOR A CIRÚRGICO: DESAFIO NA GESTÃO DO MAL DE POTT

Sara Alves Morais; Álvaro Zia; Vera Lúcia Ferreira Luís; Rosário Ginga; Martinho Fernandes
Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A tuberculose vertebral é a forma mais comum de tuberculose osteoarticular, apresentando-se habitualmente de forma insidiosa, com lombalgia persistente e sintomas constitucionais. Embora o tratamento médico seja a base do tratamento, a instabilidade vertebral e a compressão nervosa podem exigir intervenção cirúrgica célere, sendo a monitorização clínica e imagiológica fundamental.

Caso clínico: Mulher de 35 anos, melanodérmica, natural de área endémica, admitida por lombalgia com 4 meses de evolução, associada a febre e sudorese noturnas, parestesias dos membros inferiores, marcha condicionada por dor, sem défices motores. A avaliação imagiológica revelou espondilodiscite de L3-L4 com destruição óssea, e abscesso do psoas direito, com 5 cm de diâmetro. Inicialmente, em conjunto com Neurocirurgia, optou-se por uma estratégia conservadora. Foi realizada a drenagem percutânea com isolamento de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no pus, e foi iniciada terapêutica antibacilar. Manteve-se em internamento com dreno em drenagem, tendo após melhoria clínica e imagiológica, retirado o dreno e alta para Hospitalização Domiciliária. A evolução foi desfavorável, com recidiva dos sintomas e drenagem purulenta no local de inserção do dreno, com necessidade de reinternamento. O controlo imagiológico mostrou progressão da destruição somática de L3, colapso do espaço intervertebral, compressão dural, e recidiva do abscesso, agora agravado. Perante a instabilidade mecânica progressiva, foi submetida a artrodese lombar e fixação. O pós-operatório decorreu sem complicações, com excelente recuperação funcional, controlo algico e progressão da marcha com ortótese.

Discussão: O caso demonstra que no Mal de Pott, a ausência inicial de défices neurológicos não garante o sucesso da abordagem conservadora. A destruição óssea progressiva característica da infecção pode levar à instabilidade mecânica, agravamento do quadro com aumento do tempo de internamento e recuperação, exigindo assim, uma abordagem multidisciplinar célere. A intervenção cirúrgica foi determinante para a resolução e possibilidade de reabilitação, reforçando que o tratamento deve ser individualizado e reavaliado dinamicamente.

mente perante a evolução clínica.

POA 183

ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA COM ENVOLVIMENTO TRAQUEOBRÔNQUICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Ferreira Cunha; Adriana Lopes; João Guerreiro;
Afonso Rodrigues; Teresa Garcia; António Mário Santos
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

A aspergilose pulmonar invasiva é uma infeção oportunista tipicamente associada a estados clássicos de imunossupressão. No entanto, têm sido identificados casos após infeções por Influenza, mesmo na ausência de imunossupressão previamente conhecida. A Diabetes mellitus constitui um fator de disfunção imunitária frequentemente subvalorizado, podendo predispor ao desenvolvimento de infeções fúngicas invasivas.

Doente do sexo masculino de 51 anos. Sem doenças conhecidas. Ex-fumador. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por tosse com expectoração hemoptóica com quatro dias de evolução. Apresentava-se febril e eupneico. Identificado teste rápido de antígeno positivo para Influenza A. Apresentava elevação de Proteína C reativa (PCR) 119 mg/L e reforço peribroncovascular na radiografia de tórax. Assumida infeção a Influenza A com sobreinfeção bacteriana. Iniciou antibioterapia empírica e teve alta. Regressou ao SU após 5 dias por agravamento clínico. Decidido internamento para investigação etiológica.

Realizada TC de tórax que mostrou múltiplos focos consolidativos peri-centimétricos nos lobos superiores, dois nódulos cavitados no lobo superior direito, e outro na lingula. Realizada broncofibroscopia que mostrou ulceração da mucosa brônquica. Identificado antígeno *Galactomannan* positivo no lavado brônquico e broncoalveolar. No exame anatomopatológico da mucosa brônquica identificaram-se hifas de fungos, morfollogicamente sugestivas de *Aspergillus sp.*, e, microbiologicamente, identificou-se a presença de *Aspergillus fumigatus*.

Admitido o diagnóstico de aspergilose pulmonar invasiva com envolvimento traqueobrônquico. Cumpriu voriconazol endovenoso durante 7 dias, passando a voriconazol oral, posteriormente. Apresentou melhoria clínica. De referir ainda o diagnóstico de novo de Diabetes mellitus tipo 2 durante o internamento.

Descreve-se uma apresentação rara de aspergilose pulmonar invasiva, com envolvimento traqueobrônquico, após infeção a Influenza A num doente aparentemente imunocompetente, com posterior diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 como factor imunossupressor. Destaca-se, ainda, a importância de investigar infeções fúngicas invasivas em doentes com agravamento clínico após infeções virais, mesmo na ausência de fatores de risco clássicos.

POA 184

QUANDO UMA FEBRE ARRASTADA SE TRADUZ NUMA ENDOCARDITE POR AGENTE RARO

Joana Melo¹; Ana Pedro Pereira²; Alexandre Castro Lopes¹;
Carolina Malheiro Morgado¹; Gorete Jesus¹; Carla Matias¹

¹ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro; ²Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD)

A *Gemella morbillorum* é uma bactéria da flora comensal da orofaringe, trato gastrointestinal e genitourinário, com associação a neoplasias cólicas. É um agente raro de endocardite infecciosa. A translocação bacteriana pode justificar a origem espontânea de doença invasiva por este agente.

Mulher, 75 anos, autónoma, hipertensa, diabética, com prótese biológica aórtica por estenose severa e a aguardar revisão cirúrgica de prótese do joelho por intolerância ao material de osteossíntese, recorre ao serviço de urgência por febre e suores noturnos com 2 semanas de evolução, associado a perda ponderal de 11Kg no último ano. Ao exame Objetivo, sub-febril e com ligeiro edema e calor do joelho direito. Analiticamente, anemia (Hb 8.4 g/dl), PCR 9 mg/dl, VS 94mm/h, 3 das 8 hemoculturas (HC) com cocos gram positivos. Artrocentese do joelho sem evidência de artrite séptica, a aguardar exame cultural. Ecocardiograma transtorácico com prótese biológica mal visualizada, sem evidência de vegetações nas restantes válvulas. Protelada antibioterapia e internada para estudo de febre sem foco.

Durante o internamento, positividade das 8HC para *Gemella morbillorum*, tendo iniciado ceftriaxone dirigido. Ecocardiograma transesofágico (ETE) a revelar vegetações nos bordos das 3 valvas, com regurgitação muito ligeira central e abscesso na raiz da aorta, sem deiscência protésica. Foi observada pela estomatologia sem evidência de doença cariogénica e realizou colonoscopia sem alterações. Líquido sinovial do joelho com exame cultural negativo. Cumpriu 43 dias de ceftriaxone ev após negatificação das HC. Apresentou boa evolução clínica, com ETE seriados a demonstrar desaparecimento das vegetações, permanecendo a imagem ecodensa na raiz da aorta, que se considerou ser um sinal residual de provável endocardite prévia. Teve alta para o domicílio, com seguimento na Cardiologia.

Este caso relata uma endocardite infecciosa por um agente pouco comum, cuja origem não ficou totalmente esclarecida, reforçando a hipótese de translocação bacteriana e cuja evolução sugeriu tratar-se de uma segunda endocardite de válvula protésica. Reitera-se a importância de suspeição precoce em síndromes febris arrastadas em doentes portadores de próteses valvulares.

POA 185

O OUTRO LADO DO ARTESUNATO: HEMÓLISE TARDIA APÓS TRATAMENTO DE MALÁRIA POR *PLASMODIUM FALCIPARUM*

Maria João Vilela; Carolina Maia Nogueira; Cleide José Maria; Cristiana Lopes; Rosário Calado; Alexandre Carvalho
Hospital de Braga

O artesunato é o tratamento de primeira linha para a malária grave por *Plasmodium falciparum*, demonstrando elevada eficácia e redução significativa da mortalidade em comparação com o quinino. Apesar do bom perfil de segurança, podem ocorrer complicações raras, como a anemia hemolítica induzida por artesunato (AHIA), caracterizada por hemólise não imune que surge dias a semanas após o tratamento. Apresenta-se o caso de uma mulher de 52 anos, natural de Angola, com antecedentes de hipotireoidismo e obesidade, admitida por alteração do estado de consciência. Foi diagnosticada com malária grave por *Plasmodium falciparum*, internada em Unidade de Cuidados Intensivos com múltiplas disfunções de órgão, incluindo atingimento cerebral, e parasitemia inicial de 1%. Realizou tratamento com artesunato endovenoso durante 5 dias, com resolução clínica e clearance parasitário documentado, transitando posteriormente para lumefantrina-arteméter. Cerca de 10 dias após o início da terapêutica, e já com recuperação clínica e analítica, verificou-se anemia progressiva (Hb mínima 5,5 g/dL) sem evidência de hemorragia. Apresentava haptoglobina indetetável, reticulocitose, elevação da LDH, hiperbilirrubinemia indireta e teste de Coombs direto negativo, compatível com hemólise não imune. Foram excluídas causas alternativas, incluindo défices enzimáticos, hemoglobinopatias e etiologia imunológica, confirmando-se diagnóstico de hemólise tardia pós-artesunato. A doente manteve vigilância clínica e laboratorial, necessitando de transfusão de uma unidade de concentrado eritrocitário, com normalização progressiva da eritropoiese ao longo de quatro semanas. A AHIA ocorre predominantemente em doentes não imunes tratados por malária grave. O mecanismo envolvido permanece por esclarecer, mas relaciona-se com destruição tardia de eritrócitos previamente parasitados e sujeitos a “pitting” esplênico; mecanismos imunomediados ou supressão transitória da eritropoiese também poderão contribuir. Trata-se geralmente de um fenómeno autolimitado, mas pode requerer suporte transfusional. Este caso reforça a importância da monitorização hematológica após tratamento com artesunato, e revela a importância de vigilância semanal durante quatro semanas para deteção precoce e prevenção de complicações graves.

POA 186

ROMBOENCEFALITE POR VÍRUS DE EPSTEIN-BARR

Mafalda Martins Ferreira; Rita Belo; Patrícia Oliveira Saraiva; Isabel Antunes; Manuel Carvalho; Maria Eugénia André
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

O envolvimento do SNC é uma manifestação rara da infeção por EBV. A romboencefalite é uma inflamação grave do tronco cerebral e do cerebelo, cujas causas mais frequentes são a infeção por *Listeria monocytogenes* e Herpes simplex. O EBV é uma etiologia incomum desta síndrome, sobretudo quando ocorre de forma isolada e através da reativação de uma infeção latente em indivíduos imunocompetentes.

Homem de 42 anos, levado ao SU por quadro de 2 dias de cefaleia occipital, sem alívio com paracetamol, diplopia binocular e discurso confuso.

No SU, do exame Objetivo destaca-se: desorientação, desatenção, flutter ocular, diplopia binocular, dor à mobilização cervical, rigidez da nuca e sinais de Brudzinsky e Kernig presentes, tremor dos membros superiores. Foi solicitada TC-CE que não apresentou alterações relevantes e foi realizada punção lombar, tendo-se obtido um líquido tipo água de rocha, com normoglucoorraquia, hiperproteinoorraquia e 525 leucócitos com predomínio de linfócitos. O teste múltiplo de PCR para meningites e encefalites não permitiu a deteção de qualquer microorganismo.

Iniciou-se ceftriaxone 2 g de 12/12 horas e internou-se o doente com o diagnóstico de meningoencefalite de etiologia a esclarecer.

O estudo etiológico permitiu detetar DNA de EBV no líquor (250 cópias). Serologicamente, o doente apresentava IgG EBNA positivo, IgG VCA/EA positivo e IgM negativo. A RM-CE apresentava achados compatíveis com romboencefalite. Concluiu-se que o doente apresentava romboencefalite por reativação de EBV.

Por persistência de sintomatologia, iniciou-se imunoglobulina humana na dose de 0,4 g/kg/dia, durante 5 dias, por suspeita de mecanismo pós-infeccioso imunomediado. O doente foi apresentando melhorias clínicas e teve alta ao 18º dia de internamento.

O mecanismo fisiopatológico da lesão neurológica pelo EBV não está esclarecido. Pensa-se que poderá dever-se a mecanismos imunomediados ou invasão do parênquima pelo vírus. Contudo, este último mecanismo parece ser o menos provável de acordo com estudos post-mortem.

Não existe tratamento específico, mas os imunomoduladores ajudam a mitigar a resposta inflamatória exacerbada e parecem ser a única arma para evitar a potencial gravidade da doença, que apresenta uma taxa de mortalidade de 15,5% e risco de sequelas permanentes em 29% dos sobreviventes.

POA 187

TUBERCULOSE ESTERNAL ISOLADA EM ADULTO JOVEM IMUNOCOMPETENTE

Domingos Sousa; Marisa Cruz; Cláudia Sofia Vieira; Ana Sofia Castro

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A Tuberculose permanece um relevante problema de saúde pública global. O envolvimento osteoarticular corresponde a uma pequena fração das formas extrapulmonares, sendo a localização esternal particularmente rara. A apresentação clínica pode ser insidiosa e paucissintomática, constituindo um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 29 anos, natural do Nepal e residente em Portugal há 5 anos, imunocompetente e sem antecedentes pessoais relevantes, observado por tumefação esternal de crescimento progressivo com cerca de 12 meses de evolução. Negava febre, sudorese noturna, perda ponderal ou outra sintomatologia constitucional. Ao exame Objetivo identificava-se tumefação firme sobre o esterno, sem sinais inflamatórios locais. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica evidenciou lesão esternal sugestiva de osteíte associada a componente de tecidos moles adjacentes. Foi realizada biópsia da lesão para estudo microbiológico, com deteção de *Mycobacterium tuberculosis* e avaliação de sensibilidade aos fármacos antituberculosos. Após início de terapêutica antituberculosa verificou-se regressão clínica da tumefação.

Discussão: A tuberculose osteoarticular representa uma manifestação incomum de tuberculose extrapulmonar, sendo o envolvimento esternal particularmente raro. A evolução clínica indolente, frequentemente na ausência de sintomas sistémicos, pode contribuir para atraso diagnóstico. Perante uma tumefação esternal devem considerar-se diagnósticos diferenciais como osteomielite bacteriana, neoplasias primárias do osso ou lesões metastáticas da parede torácica. Este caso reforça a importância de considerar tuberculose no diagnóstico diferencial de lesões osteoarticulares em indivíduos provenientes de regiões endémicas, mesmo na ausência de imunossupressão. A confirmação microbiológica com identificação do agente e avaliação de resistência aos fármacos é fundamental para orientar a terapêutica. Salienta-se ainda o papel da terapêutica diretamente observada (TOD) na monitorização da adesão terapêutica, particularmente em contexto de barreira linguística.

POA 188

RECIDIVA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM DOENTE COM INFECÇÃO POR VIH

Daria Bem; Margarida Paixão Ferreira; Pedro Fortes; Pedro Costa

Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A leishmaniose visceral é uma infeção oportunista relevante em doentes imunodeprimidos, particularmente na infeção por VIH, associando-se a formas mais graves, recidivas frequentes e resposta terapêutica menos duradoura. O reconhecimento precoce é essencial para reduzir morbilidade e mortalidade.

Caso clínico: Homem de 34 anos, com infeção por VIH-1 (carga viral indetetável, CD4 ~110 células/ μ L) e antecedente de leishmaniose visceral tratada 1 ano antes com anfotericina B. Recorreu ao serviço de urgência por dor e aumento progressivo do perímetro abdominal, astenia e perda ponderal com 1 mês de evolução. Ao exame Objetivo apresentava abdómen globoso e doloroso, com hepatosplenomegalia palpável. Analiticamente destacava-se anemia (Hb 8,9 g/dL), trombocitopenia (92.000/ μ L), hipoalbuminemia e elevação de LDH e GGT. A TC abdominal confirmou hepatosplenomegalia volumosa. Ficou internado com suspeita de recidiva de leishmaniose visceral e o diagnóstico foi confirmado por estudo medular. Iniciou terapêutica com anfotericina B lipossomal (5 mg/kg EV) em esquema, com benefício clínico e analítico com melhoria significativa de contagem de CD4.

Discussão: A coinfeção VIH-Leishmania está associada a maior risco de recidiva e de menor controlo imunológico. Este caso destaca a importância da suspeição clínica em doentes imunodeprimidos com sintomas constitucionais e organomegalias, bem como a necessidade de vigilância prolongada após tratamento.

POA 189

ALÉM DAS MENINGES: A LESÃO MEDULAR NA TUBERCULOSE

Sara Vieira Bernardo; Luísa Martinho Marques; Inês Reis Luís; Catarina Negrão; Ana Rita Tomás; Mário Ferreira; Clara Matos

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A meningite tuberculosa constitui a forma mais grave de tuberculose extrapulmonar, associando-se a elevada morbimortalidade. O envolvimento medular e radicular é raro, mas pode cursar com sequelas neurológicas e funcionais significativas.

Caso clínico: Homem, 66 anos, angolano, em Portugal há 2 meses e história de infeção prévia pelo vírus da Hepatite C. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, fraqueza muscular generalizada, febre vespertina (38.2°C) e lombalgia com 4 semanas de evolução. À observação prostrado, desorientado e com tetraparésia flácida. Analiticamente, sódio 127 mmol/L, proteína C reativa 16 mg/dL e velocidade de sedimentação 44 mm/h. Fez tomografia computadorizada crânioencefálica

sem alterações relevantes. A punção lombar revelou líquido cefalorraquidiano xantocrômico, pleocitose linfocitária (326 células/ μ L; 91% mononucleares), hiperproteinorraquia (>600 mg/dL), hipoglicorraquia (32 mg/dL, glicemia 125 mg/dL) e PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positiva. Assumiu-se tuberculose meníngea e iniciou HRZE e corticoterapia. O diagnóstico foi corroborado por achados na ressonância magnética crânio-medular, que evidenciou realce leptomeníngeo intracraniano e extenso envolvimento medular cervical e dorsal por tuberculomas. Apesar da instituição precoce de antibióticos, o doente evoluiu desfavoravelmente com depressão do estado de consciência e necessidade de ventilação mecânica invasiva, vindo a ser traqueostomizado por desmame ventilatório difícil. **Conclusão:** Este caso evidencia a gravidade das sequelas associadas à meningite tuberculosa com extensão medulo-radicular. Perante clínica neurológica subaguda inespecífica, a suspeita clínica desta entidade é fundamental para um diagnóstico precoce e para a célere instituição de terapêutica, com o Objetivo de reduzir as sequelas neurológicas e a limitação funcional associada.

Legenda: PCR – Protein Chain Reaction; HRZE - isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol

POA 190

ARTRITE SÉPTICA DAS ARTICULAÇÕES FACETÁRIAS: DESAFIO DIAGNÓSTICO NA LOMBALGIA FEBRIL

Joana Serranho; Luís Siopa; Ana Oliveira; Abel Branco; Tetiana Baiherych; Joana Jardim; Beatriz Vital

Hospital de Santarém

A artrite séptica das articulações facetárias (ASAF) é uma entidade extremamente rara, representando cerca de 1% das artrites sépticas. Os agentes mais comuns são o *Staphylococcus Aureus* e outros cocos Gram-positivos.

Apresenta-se o caso de uma doente de 77 anos, com antecedentes de carcinoma mamário bilateral e do endométrio, hipotireoidismo autoimune e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lombalgia direita com irradiação abdominal, associado a febre persistente. As queixas tinham sido inicialmente interpretadas como infecção urinária, tendo sido medicada com prulifloxacina e cefuroxima. A tomografia computadorizada (TC) realizada no SU não foi esclarecedora e as análises evidenciaram leucocitose e PCR elevada. Perante o quadro de causa não esclarecida, a doente foi internada para investigação.

Iniciou-se antibioterapia empírica com ceftriaxone, considerando a hipótese de espondilodiscite. A Ressonância Magnética (RNM) revelou edema inespecífico das facetas L3–L5, sem coleções. Após discussão com a Neurorradiologia, decidiu-se suspender a antibioterapia, verificando-se, poucos dias depois, recorrência de febre e nova subida dos parâmetros inflamatórios.

Abordou-se o caso como febre de origem desconhecida completando-se a investigação com Tomografia por Emissão de Positrões (PET), exames culturais, serologias e estudo autoimune. A PET revelou apenas aumento de captação em L3-L4. Realizou nova RNM que demonstrou realce sinovial e pequeno abscesso paraespinal, confirmando ASAF. Apesar de hemoculturas todas negativas, manteve-se o ceftriaxone endovenoso durante 6 semanas com evolução favorável, apresentando redução do abscesso e normalização dos marcadores inflamatórios.

Este caso ilustra o desafio diagnóstico da ASAF, uma entidade rara frequentemente confundida com causas mais comuns de lombalgia febril. O diagnóstico só foi possível após investigação em estreita colaboração com a Neurorradiologia.

POA 191

BACTERIÉMIA A E. COLI RECORRENTE COM DISSEMINAÇÃO METASTÁTICA: A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DE FOCO

Ana Sofia Nepomuceno; Martim Trovão Bastos;

Marta Arriaga Rocha; Jéssica Oliveira;

Luísa Martinho Marques; Rafael Beja Cruz

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A bacteriemia sem foco evidente, sobretudo quando a evolução clínica não acompanha a resposta microbiológica, exige identificação do reservatório infeccioso para prevenir complicações metastáticas e melhorar o prognóstico.

Apresenta-se o caso de um homem de 81 anos, com adenocarcinoma do pulmão estágio IIB em vigilância, cistadenoma hepático e internamento recente por choque séptico com bacteriemia a *Escherichia coli* produtora de beta-lactamases de espectro alargado (*E. coli* ESBL) de presumido foco urinário. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, mialgias e calafrios. Analiticamente apresentava leucocitose neutrofílica, proteína C-reativa (PCR) 30mg/dL e urocultura negativa. Iniciou piperacilina-tazobactam, com isolamento em hemoculturas de *E. coli* ESBL, pelo que se alterou para meropenem.

Realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico que excluíram endocardite e tomografia computadorizada abdominal com volumosa lesão hepática (26x26x-18cm), compatível com quisto biliar conhecido. Apesar de antibioterapia e negatificação das hemoculturas, manteve distensão abdominal e PCR em *plateau* (20mg/dL). A punção do quisto revelou líquido inflamatório de predomínio neutrofílico (11.000cel/mL) e cultura negativa. Realizou tomografia por emissão de positrões com hipermetabolismo em L4-L5 e ressonância magnética que confirmou espondilodiscite. A biópsia vertebral isolou *E. coli* ESBL, admitindo-se focalização secundária. Perante a ausência de descida dos parâmetros inflamatórios após três semanas de antibioterapia,

realizou controlo cirúrgico do foco abdominal com drenagem de 9 litros de conteúdo purulento. Apenas após a cirurgia se verificou melhoria clínica consistente e descida significativa da PCR para 2mg/dL, traduzindo controlo efetivo da infeção.

Este caso reforça a importância da reavaliação diagnóstica e do controlo definitivo de foco perante bacteriemia persistente, salientando que a negatificação das hemoculturas não exclui infeção ativa nem complicações metastáticas.

POA 192

QUANDO O CÉREBRO CEDE: ABCESSOS RAROS POR NOCARDIA EM IMUNOSSUPRIMIDO

Ana Carina Baldino; Patrícia Serpa Soares; Pedro Costa; Daria Bem

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: Abscessos cerebrais múltiplos por *Nocardia* são raros e graves, afetando preferencialmente doentes imunossuprimidos. O diagnóstico precoce e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para reduzir morbi-mortalidade.

Caso clínico: Homem de 46 anos, com suspeita de hepatopatia crónica de etiologia auto-imune, sob prednisolona, recorreu à Urgência por diminuição global da força dos membros inferiores. Evoluiu com mioclonias, incontinência de esfíncteres e coma (GCSX), necessitando de intubação orotraqueal para protecção de via aérea. Fez tomografia computadorizada crânio-encefálica que identificou múltiplas lesões ocupantes de espaço, motivando transferência para unidade de neurocríticos. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica que identificou múltiplos abscessos no hemisfério direito, pioventriculite e leptomeningite. Iniciou antibioterapia empírica dupla e foi submetido a craniotomia descompressiva com aspiração de pus. Os exames culturais identificaram *Nocardia spp*, ajustando-se terapêutica para cotrimoxazol + imipenem. Intercorreu com toxidermia a cotrimoxazol, com necessidade de dessensibilização por Imunoalergologia. Evoluiu com recuperação do estado de consciência, permitindo extubação, mantendo hemiparesia esquerda, disartria e sinais piramidais, com recuperação progressiva da força e marcha assistida. Mantém antibioterapia prolongada e reabilitação motora e ocupacional.

Discussão: O caso evidencia a gravidade e raridade da nocardiose cerebral múltipla em imunossuprimidos. Destaca-se a importância de intervenção cirúrgica precoce, antibioterapia dirigida prolongada e monitorização neurológica rigorosa. A gestão de alergias a antibióticos de primeira linha é crítica para garantir continuidade do tratamento, enquanto reabilitação intensiva permite recuperação funcional significativa, apesar de sequelas motoras residuais.

POA 193

DESNERVAÇÃO DAS ARTÉRIAS RENAI: UM ANO DE EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL DISTRITAL

Ana Rita Oliveira Tomás; Jéssica Oliveira; Carolina Chumbo; Maria Pinho Marques; Clara Matos; Daniela Madeira
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é uma doença prevalente, com elevado impacto na morbimortalidade. Os doentes com HTA resistente apresentam maior risco de lesão de órgão, eventos vasculares *major* e mortalidade. A desnervação das artérias renais (DNR) surgiu como uma estratégia para o tratamento destes doentes. De seguida apresentamos uma análise relativa aos doentes submetidos a DNR no nosso hospital. **Materiais e métodos:** Realizámos um estudo retrospectivo, onde incluímos todos os doentes com idade superior a 18 anos, seguidos na Consulta Dedicada de HTA (CdHTA) entre 1 de novembro de 2024 e 31 de janeiro de 2026 que eram elegíveis para DNR segundo o protocolo do nosso hospital. Foram excluídos os doentes com incumprimento terapêutico ou do seguimento. Colhemos as características sócio-demográficas, comorbilidades, medicação e registos de valores tensionais, através da consulta do processo clínico eletrónico Soarian® e realizámos a análise estatística com o Excel®.

Resultados: No total, 7 doentes foram submetidos a DNR, tendo sido excluídos 2. Quatro eram do sexo masculino com idade média de $56 \pm 10,1$ anos. As comorbilidades mais frequentes por eles apresentadas foram obesidade ou excesso de peso (80%), dislipidemia (60%) e doença cerebrovascular (60%). Todos os doentes tinham risco vascular alto ou muito alto e 80% apresentavam lesão de órgão alvo induzido pela HTA. Em 3 doentes, foram identificadas causas de HTA secundária, nomeadamente síndrome metabólica ou síndrome de apneia obstrutiva do sono. Todos os doentes apresentavam HTA resistente e 2 tinham padrão *dipper*, 2 não *dipper* e 1 *extreme dipper*. Previamente ao procedimento todos os doentes estavam medicados com 5 fármacos antihipertensores e, após o procedimento, este valor passou, em média, para 4 ± 1 fármacos. A pressão arterial (PA) sistólica média era, no início do seguimento na CdHTA, $170 \pm 21,4$ mmHg e a diastólica $105,8 \pm 21,4$ mmHg. Um mês após o procedimento, estes valores reduziram para $113,4 \pm 10,5$ mmHg e $68,8 \pm 6,1$ mmHg respetivamente, representando uma variação média estatisticamente significativa de $-56,6 \pm 28,0$ mmHg de PA sistólica ($p < 0,05$) e de $-37 \pm 18,7$ mmHg de PA diastólica ($p < 0,05$). Para os 3 doentes cujo seguimento já completou 12 meses, verificamos que esta redução se mantém ao longo do tempo com variações médias de PA sistólica/diastólica aos 3, 6 e 12 meses de $-62,7 \pm 30,1$ / $-39,3 \pm 24,6$ mmHg; $-56,7 \pm 29,6$ / $-40 \pm 22,3$ mmHg e $-37 \pm 12,7$ / $-19 \pm 19,8$ mmHg respetivamente. Em nenhum

doente foram registadas complicações relacionadas com o procedimento.

Conclusões: A DNR, quando combinada com as estratégias farmacológicas e alterações do estilo de vida em doentes devidamente selecionados, mostrou-se eficaz e segura no controlo da HTA resistente. Esta técnica permite ainda melhoria na qualidade de vida ao possibilitar uma redução no número de fármacos, particularmente relevante em doentes polimedicados. São necessários mais doentes e um seguimento mais prolongado para validar, com robustez, estes dados.

POA 194

IMPACTO DE UM PROGRAMA DE TELEMONITORIZAÇÃO NO SEGUIMENTO DE DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Catarina Branco; Sofia Lima; Sara Vasconcelos; Marta Fernandes; Joana Sequeira

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A Insuficiência cardíaca (IC) é um problema crescente de saúde pública, o que é particularmente evidente nos grupos etários mais avançados, nos quais a IC representa uma das principais causas de hospitalização e utilização de recursos em saúde. Em Portugal, o estudo Porthos aponta para uma prevalência de aproximadamente 16% na população portuguesa. A Clínica de Insuficiência Cardíaca existe na ULS desde fevereiro de 2023 e, a partir de novembro de 2024, foi implementado um programa de telemonitorização dirigido aos doentes com IC, com o Objetivo de deteção precoce de sinais e sintomas preditores de uma possível descompensação, permitindo realizar ajustes terapêuticos em fase precoce de modo a possibilitar a gestão em ambulatório sem recurso ao Serviço de Urgência ou necessidade de internamento. Este programa consiste na avaliação de alguns parâmetros como pressão arterial, frequência cardíaca e peso, seguindo-se, quando justificado, da aplicação de um questionário telefónico de sintomas e sinais, que incluem: dispneia, ortopneia, edema periférico, mas também sintomas de baixo débito cardíaco.

Objetivos: Avaliar o impacto de um programa de telemonitorização em doente com IC na utilização dos cuidados de saúde ao longo de 6 meses após integração em telemonitorização e articulação com Clínica de Insuficiência Cardíaca.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo. Critérios de Inclusão: idade >18 anos com diagnóstico de IC e ingresso no programa de telemonitorização entre novembro e dezembro de 2023. Procedeu-se à comparação no número de episódios de urgência e internamento os 6 meses antes e 6 meses após ingresso no programa de telemonitorização.

Resultados: Foram incluídos 72 doentes inseridos na plataforma de telemonitorização entre novembro e de-

zembro de 2023. A média de idades foi de 77,5 +/- 10,2 e com um predomínio do sexo feminino, 54,1%. Em relação à etiologia da IC cerca de 43, 1% (n=31) tinham etiologia hipertensiva seguindo-se a etiologia valvular 20,8% (n=15). A maioria tinha fração de ejeção preservada, 54,2% (n=39) e encontravam-se em Classe NYHA II (40,3%, n= 29) e III (25,0%, n= 18). Para os 72 doentes avaliou-se o número de episódios de urgência e internamento nos 180 dias antes e nos 180 dias após ingresso no programa de telemonitorização. Em relação ao número de episódios de Urgência verificou-se uma redução significativa tendo diminuído de 1,9 episódios por doente (n=138) para 0,8 (n=57). No que diz respeito ao número de internamento também se observou uma redução importante tendo passado de 0,4 episódios por doente (n=29) para 0,2 (n=17).

Conclusão: Após observação dos dados conclui-se que a integração da telemonitorização no seguimento dos doentes com IC em articulação com a Clínica de Insuficiência permitiu reduzir de forma significativa tanto o recurso ao Serviço de Urgência como a necessidade de internamento. Isto prende-se com a possibilidade de, após análise dos parâmetros recolhidos pela telemonitorização, se reconhecer de forma mais precoce alterações preditoras de descompensação, sendo possível uma atuação ainda em contexto de ambulatório.

POA 195

INIBIDORES DA PCSK9 EM PRÁTICA CLÍNICA REAL: RESULTADOS DE CINCO ANOS NUMA COORTE UNICÊNTRICA

Fábio Salgueiro¹; Ruben Salgueiro²; Maria João Baldo²; Daniela Nascimento Silva²

¹IPO Coimbra; ²ULS da Guarda, EPE - Hospital Dr. Sousa Martins

Introdução: Os inibidores da PCSK9 representam uma estratégia terapêutica eficaz na melhoria do perfil lipídico em doentes com dislipidemia de elevado risco cardiovascular, promovendo reduções significativas do colesterol LDL e de outras lipoproteínas aterogénicas. Estes fármacos são particularmente relevantes quando as metas lipídicas não são atingidas apesar de terapêutica hipolipomiantes otimizada. O Objetivo deste estudo foi avaliar o impacto dos inibidores da PCSK9 no perfil lipídico e metabólico numa coorte de doentes seguidos na prática clínica real.

Material e métodos: Estudo de coorte observacional retrospectivo unicêntrico incluindo doentes seguidos em consulta de Medicina Interna desde 2020 com dislipidemia refratária ou hipercolesterolemia familiar, previamente medicados com terapêutica hipolipomiantes otimizada, incluindo estatina e ezetimiba em doses máximas toleradas. Foram analisados dados clínicos e laboratoriais antes e após início da terapêutica. Avaliaram-se colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, apolipoproteína A, apolipoproteína B e HbA1c. A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk e

aplicaram-se o teste t pareado ou o teste de Wilcoxon. Considerou-se significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 27 doentes. A idade mediana foi de 66 anos [58,5-69,5] e 66,7% eram do género feminino. O diagnóstico de hipercolesterolemia familiar estava presente em 14,8% dos doentes, dislipidemia mista em 88,9%, diabetes mellitus tipo 2 em 40,7%, obesidade em 40,7% e esteatose hepática em 63,0%. Observou-se uma redução significativa do colesterol total de $226,4 \pm 59,5$ para $160,1 \pm 41,3$ mg/dL ($p < 0,001$) e do LDL de $139,3 \pm 56,5$ para $84,5 \pm 33,3$ mg/dL ($p < 0,001$), correspondente a uma redução média aproximada de 34%. Verificou-se também diminuição dos valores de triglicéridos de $194,5 \pm 139,3$ para $136,8 \pm 74,8$ mg/dL ($p = 0,005$) e da ApoB de $125,2 \pm 48,1$ para $93,8 \pm 24,0$ mg/dL ($p < 0,001$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos valores de HDL ou de ApoA. A HbA1c apresentou uma redução modesta de $6,70 \pm 1,60\%$ para $6,17 \pm 0,84\%$ ($p = 0,031$). Após tratamento, 33,3% dos doentes atingiram valores de LDL < 70 mg/dL e 18,5% LDL < 55 mg/dL, correspondentes aos alvos terapêuticos atualmente recomendados.

Conclusões: Nesta coorte unicêntrica de prática clínica real, o tratamento com evolocumab associou-se a redução significativa dos níveis de LDL, colesterol total, triglicéridos e ApoB, sem evidência de agravamento do controlo glicémico. Apesar da melhoria global do perfil lipídico, o atingimento das metas terapêuticas de LDL ocorreu apenas numa proporção limitada de doentes. Estes resultados reforçam o papel dos inibidores da PCSK9 no tratamento de doentes com dislipidemia e elevado risco cardiovascular em contexto assistencial.

POA 196

PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME BRASH NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Lúcia Carreira-Marques; Maria Inês Rocha;
Inês Isabel Trancoso; Margarida Vinhas; Ana F. Lopes; Sofia Nunes Teixeira; Ana Catarina Alves; Ana Luísa Rodrigues;
Mariana Lobo Oliveira; Rita Gouveia; Hugo Veiga;
Ana Isabel Ferreira; Jorge Almeida; Patrícia Lourenço
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A síndrome BRASH (bradicardia, insuficiência renal, bloqueio do nó auriculoventricular (NAV), choque, hipercaliemia) é uma entidade clínica recentemente descrita, subdiagnosticada e pouco caracterizada. **Objetivo:** determinar a prevalência e caracterizar clinicamente os doentes com BRASH numa população hospitalar portuguesa.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que inclui internamentos de 2019 com codificação ICD-10 R001, R55, R57, I44, I45, I46 ou I49. Recolhidos dados demográficos, comorbilidades, creatinina sérica, potássio sérico (K), frequência cardíaca (FC) e terapêutica habitual. Excluídos doentes com pacemaker prévio

e submetidos a cirurgia valvular ou revascularização cirúrgica no internamento índice. Critérios de BRASH: FC < 60 bpm, choque, taxa de filtração glomerular < 60 mL/min/1,73m², K ≥ 5 mEq/L, uso de bloqueadores do NAV. Realizada análise estatística comparativa entre doentes com e sem BRASH.

Resultados: Analisados 1841 episódios, dos quais 419 doentes apresentaram bradicardia sintomática. Destes, 58 (13,8%) tinham BRASH. Os doentes com BRASH apresentaram idade mediana superior (80 vs 76 anos; $p = 0,01$) e maior prevalência de diabetes mellitus (65,5% vs 36,6%; $p < 0,001$), hipertensão arterial (86,2% vs 68,1%; $p = 0,005$), fibrilhação auricular (34,5% vs 20,8%; $p = 0,02$) e insuficiência cardíaca (41,4% vs 25,2%; $p = 0,01$). Os doentes com BRASH estavam mais frequentemente medicados com antagonistas dos recetores mineralocorticoides (15,5% vs 6,6%; $p = 0,02$) e diuréticos de ansa (53,4% vs 28,5%; $p < 0,001$), não se verificando diferenças significativas com inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou antagonistas dos recetores da angiotensina II. Os bloqueadores NAV mais usados foram os betabloqueadores (67,2%) e os antagonistas dos canais de cálcio (41,4%).

Conclusões: O BRASH esteve presente em 13,8% dos doentes com bradicardia sintomática e choque. Estes apresentam idade avançada e elevada carga de comorbilidades cardiovasculares e metabólicas. Os resultados obtidos são concordantes com séries previamente publicadas, confirmando que o BRASH representa uma entidade clínica relevante e subdiagnosticada.

POA 197

MELHORIA, REMISSÃO OU RECUPERAÇÃO DA FEVE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DADOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Catarina Tavora¹; Mafalda Leal²; Beatriz Tallon³; João Oliveira⁴; Ana Sofia Custódio⁴; Prof. Cândida Fonseca⁴

¹HPP Hospital de Cascais; ²ULS S. José; ³Hospital da Luz Lisboa;

⁴ULS de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital São Francisco Xavier

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome dinâmica. Com a terapêutica modificadora de prognóstico (TMP), uma proporção significativa de doentes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida (HFrEF) ou ligeiramente reduzida (HFmrEF) apresenta melhoria da mesma. Esta melhoria nem sempre se traduz em recuperação clínica ou estrutural. O consenso ESC/HFA 2025 propõe uma abordagem baseada na evolução clínica e estrutural da IC, distinguindo os conceitos de melhoria, remissão e recuperação com risco residual distinto, sugerindo que a verdadeira recuperação não se limita a uma melhoria da FEVE

Objetivo: caracterizar uma amostra de doentes com IC e melhoria da FEVE inicialmente reduzida/ligeiramente reduzida seguidos num centro de referência, de acordo com o consenso ESC/HFA 2025.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, unicêntrico, de doentes com HFrEF/HFmrEF, sob TMP otimizada e com avaliações ecocardiográficas seriadas, permitindo identificar a fase de melhoria/recuperação e eventual reagravamento subsequente de FEVE.

A evolução da FEVE foi classificada segundo os domínios estruturais, funcionais e clínicos propostos pelo consenso ESC/HFA 2025, distinguindo três estados: melhoria, remissão, recuperação. Foram recolhidos dados demográficos, etiologia, classe funcional da NYHA, NT-proBNP, FEVE iniciais e evolução da FEVE, TMP da IC. O *outcome* avaliado foi o reagravamento da FEVE.

Resultados: Foram incluídos 85 doentes, de $76,9 \pm 10,6$ anos, 73,56% sexo masculino. Etiologias prevalentes: isquémica (44,4%), hipertensiva (22,2%), outras miocardiopatias (15,3%).

A FEVE inicial média: $33 \pm 8,3\%$, 64,7% em NYHA II. O NT-proBNP inicial: mediana 1602 pg/mL (IIQ: 547–3331). Quanto à terapêutica, 93% mantinham IECA/ARA/ARNI, 89% beta-bloqueador, 82% ARM e 81% iSGLT2, em doses máximas toleradas pelos doentes.

Após TMP, a FEVE média foi de $53 \pm 7,7\%$, com domínio de IC em remissão (48,55%). Apenas 16,5% dos doentes apresentaram critérios compatíveis com recuperação.

Relativamente à evolução subsequente, observou-se uma taxa não negligenciável de reagravamento da FEVE (14,1%), mesmo após normalização da FEVE. 26,7% dos casos de reagravamento ocorreu em doentes inicialmente classificados como melhoria da FEVE. A taxa de reagravamento da FEVE foi semelhante nos doentes com remissão (7,3%) e recuperação (7,1%) da FEVE.

Conclusões: Apenas uma minoria de doentes apresentou critérios compatíveis com recuperação de acordo com os critérios ESC/HFA 2025, sinalizando a importância de uma avaliação multifatorial dos doentes com IC com melhoria da FEVE. Taxas diferentes de reagravamento da FEVE em função desta classificação sugere riscos residuais diferentes nestas subpopulações, apesar da melhoria da FEVE em todas elas. Assim, a FEVE não será o único fator determinante na evolução destes doentes. Mantém-se o debate acerca da importância de manter a TMP nos doentes com melhoria/remissão/recuperação da FEVE.

POA 198

A EVOLUÇÃO DA SÍNDROME DE BRASH É PIOR NA PRESENÇA DE BRADICARDIA EXTREMA?

Ana Catarina Fernandes Alves; Lúcia Carreira-Marques; Inês Trancoso; Margarida Vinhas; Ana Filipa Lopes; Ana Luísa Rodrigues; Mariana Lobo; Sofia Teixeira; Maria Inês Rocha; Rita Gouveia; Hugo Veiga; Ana Isabel Ferreira; Jorge Almeida; Patrícia Lourenço
ULS São João

Contexto: A síndrome BRASH – Bradicardia, insuficiência renal, bloqueio do nó auriculoventricular (AVN), choque e hipercaliemia – pode ser fatal. O papel da gravidade da bradicardia na síndrome BRASH permanece desconhecido.

Objetivo: Avaliar se a bradicardia extrema tem impacto na gravidade da síndrome BRASH.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo em doentes internados em 2019 com os seguintes códigos de alta ICD-10: R001, R55, R57, I44, I45, I46 ou I49. Doentes com bradicardia e instabilidade hemodinâmica foram considerados elegíveis para inclusão. Foram excluídos doentes com pacemaker prévio e aqueles submetidos a procedimentos valvulares ou revascularização cirúrgica cardíaca no internamento índice. Considerou-se BRASH quando os doentes apresentavam $FC \leq 60$ bpm com instabilidade hemodinâmica + taxa de filtração glomerular ≤ 60 mL/min/1,73 m² + Ksérico ≥ 5 mEq/L + uso de fármacos bloqueadores do AVN. Bradicardia extrema definiu-se como $FC \leq 40$ bpm. Foram comparados três grupos: não-BRASH, BRASH com $FC \leq 40$ bpm e BRASH com $FC 41-59$ bpm. **Resultados:** Foram identificados 419 doentes com bradicardia e instabilidade hemodinâmica: 361 não-BRASH, 21 com BRASH e bradicardia extrema e 37 com BRASH e $FC 41-59$ bpm. A idade aumentou progressivamente entre os grupos: 76, 78 e 81 anos, respetivamente. A prevalência de diabetes mellitus também aumentou entre os grupos (36,6%, 57,1% e 70,3%). A hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca e cardiopatia isquémica foram mais prevalentes no grupo BRASH com $FC 41-59$ bpm. Os beta-bloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio foram mais frequentemente utilizados nos grupos BRASH, independentemente da FC. A função renal agravou-se progressivamente entre os grupos; os níveis de potássio estavam igualmente elevados nos grupos BRASH, independentemente da FC. A implantação de pacemaker foi menos frequente no grupo BRASH com FC intermédia. A mortalidade intra-hospitalar foi de 26 (7,2%), 5 (23,8%) e 5 (13,5%) nos grupos não-BRASH, BRASH com $FC 41-59$ bpm e BRASH com $FC \leq 40$ bpm, respetivamente ($p=0,02$).

Conclusão: Os doentes com BRASH e bradicardia menos grave apresentaram mortalidade intra-hospitalar elevada (23,8%). Os nossos resultados não apoiam a utilização de um ponto de corte de frequência cardíaca mais restritivo.

POA 199

DIAGNOSIS OF CHRONIC THROMBOEMBOLIC PULMONARY HYPERTENSION OVER TIME: ARE WE DETECTING IT EARLIER?

Filipe Da Cunha Pinto¹; Alzira Melo²; Joana Alves²; Fabienne Gonçalves²; Luísa Carvalho²; Inês Furtado²; Bruno Bragança²; José Meireles²; Mário Santos²

¹Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa; ²Unidade Local de Saúde de Santo António

Introduction: Chronic thromboembolic pulmonary hypertension (CTEPH) diagnosis has evolved substantially over the past two decades, reflecting greater disease awareness and improved post-pulmonary embolism management. In parallel, therapeutic innovations—including pulmonary endarterectomy, balloon pulmonary angioplasty, and targeted medical therapy—have transformed CTEPH into a potentially curable condition, emphasizing the need for earlier detection.

Methods: Observational, retrospective, single-center study including patients diagnosed with CTEPH over the past 10 years at a PH Expert Unit. We compared baseline characteristics at diagnosis between two periods (2015–2020 vs. 2020–2025), including age, symptom duration (assessed by reviewing electronic health records of the first appointment; months), NYHA class, 6-minute walk distance, NT-proBNP, and invasive pulmonary hemodynamics.

Results: We included 101 patients diagnosed with CTEPH over the past 10 years. Comparing 2015–2020 with 2020–2025, we found no differences in baseline clinical characteristics (age 64 ± 16 vs 65 ± 15 years, $p=0.58$; female 71% vs 68%, $p=0.77$; BMI: 27.0 ± 4.3 vs 27.8 ± 5.1 Kg/m², $p=0.38$ and cardiorespiratory comorbidities), symptom duration prior to diagnosis (12 [7–24] vs 12 [7–33] months; $p=0.66$), or disease severity at presentation (NYHA FC I/II/III: 9/53/38% vs 0/62/38%, $p=0.09$), 6MWD: 320 ± 113 vs 305 ± 136 m, $p=0.58$; NT-proBNP 752 [186–1935] vs 327 [94–1879] pg/mL, $p=0.25$; mean pulmonary artery pressure: 42 ± 13 vs 40 ± 13 mmHg; $p=0.42$; cardiac output: 5.0 ± 1.3 vs 5.2 ± 1.3 L/min, $p=0.47$).

Conclusions: Despite growing attention to post-pulmonary embolism care and wider access to diagnostic imaging, early diagnosis of CTEPH has not improved over the past decade. Further research is needed to identify the underlying factors and guide targeted interventions.

POA 200

DO ALVO AO TRATAMENTO – ESTARÃO OS DOENTES BEM MEDICADOS?

Telma Costa Cabral; Francisco Norton Correia; Bruno António Fernandes; Clarisse Campos; Isménia de Oliveira; Fernando Martos Gonçalves
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A doença cardiovascular permanece a principal causa de morte em Portugal. A associação entre os níveis de *low density lipoprotein* (LDL) e o ris-

co de eventos cardiovasculares está bem estabelecida. Em doentes de alto risco cardiovascular (RCV), nomeadamente após enfarte agudo do miocárdio (EAM) ou acidente vascular cerebral (AVC), os Objetivos terapêuticos incluem uma redução do LDL³50% e/ou valores <55mg/dL. Em doentes de RCV extremo, os alvos são mais exigentes.

Objetivo: Caracterizar os doentes internados num serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de EAM e/ou AVC e avaliar a adequação da terapêutica hipolipemiante instituída face ao RCV.

Material e métodos: Realizou-se um estudo transversal de um dia, incluindo 124 doentes internados num serviço de Medicina Interna. Os dados foram colhidos presencialmente e através da consulta do processo clínico dos doentes. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, comorbilidades, motivo de admissão, diagnóstico principal, dependência cognitiva, antecedentes de EAM e/ou AVC, terapêutica hipolipemiante prévia, instituição de terapêutica com estatina no internamento e respetiva dose, valores da primeira avaliação no internamento atual de colesterol total, LDL, *high density lipoprotein* (HDL) e triglicéridos.

Resultados: Dos 124 doentes internados, 65 eram do sexo feminino e 59 do sexo masculino, com uma idade média de 78 anos. A prevalência de internamentos por eventos cardiovasculares foi de 28,2% (35), 23,4% (29) por AVC e 4,8% (6) por EAM. Apenas 5,6% (7) dos doentes apresentava um evento prévio. Dos doentes internados por eventos cardiovasculares, 16 eram do sexo feminino e 11 eram do sexo masculino, com uma média de idades semelhante à global. A prevalência de doentes previamente medicados com estatina foi de 31,4% (11): 90,9% (10) com estatina de moderada intensidade e apenas 9,1% (1) com estatina de elevada intensidade. Dos doentes com AVC e/ou EAM prévio, 85% (6) estavam medicados, embora 3 apresentassem valores de LDL>55mg/dL, nos restantes não foi avaliado o perfil lipídico. A prevalência de doentes internados por AVC e/ou EAM que foi medicado com estatina no decorrer do internamento foi de 68% (24), a maioria com estatina de elevada intensidade. Dos doentes a cumprir estatina, 54,2% (13) foram medicados com Objetivo de uma redução de LDL>50%. Contudo, não foi instituída terapêutica que permita obter um LDL<40mg/dL, a nenhum dos doentes com RCV extremo.

Conclusões: A prevalência de internamentos por EAM e AVC foi de 28,2%, sendo o AVC o mais frequente (23,4%). Antes do internamento, apenas 31,4% dos doentes estava medicado com estatina, maioritariamente de intensidade moderada. Durante o internamento, 68% dos doentes estava medicado com estatina e maioritariamente de alta intensidade. Ainda assim, apenas 54,2% dos doentes foram medicados com Objetivos adequados de redução de LDL. Estes

resultados salientam a necessidade de uma melhor adequação da terapêutica hipolipemiante face ao RCV individual.

POA 201

DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA EM ADULTOS INTERNADOS: PERFIL E COMPLICAÇÕES

Bárbara Fraga Campos; Fábio Dinis Alves; Miguel Antunes; Vanessa Palha; Ana Oliveira Sá; Narciso Oliveira

Hospital de Braga

Introdução: A doença pneumocócica invasiva (DPI) permanece uma causa relevante de morbilidade e mortalidade em adultos, particularmente nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e com comorbilidades. Apesar da ampla utilização de vacinas pneumocócicas conjugadas e do impacto da imunidade de grupo, persiste um número significativo de casos em idade adulta, refletindo alterações epidemiológicas, envelhecimento populacional e crescente morbilidade. A caracterização clínica local da DPI é fundamental para estratificação de risco e otimização de estratégias preventivas.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo incluindo adultos internados no Serviço de Medicina Interna dum hospital terciário com diagnóstico de DPI entre 2023 e 2025. Analisaram-se dados demográficos, comorbilidades, apresentação clínica, necessidade de ventilação não invasiva (VNI), resistências antimicrobianas, complicações, duração de internamento, estado vacinal e mortalidade. O endpoint primário foi a ocorrência de complicações durante o internamento.

Resultados: Foram incluídos 32 doentes (idade média de 67,2 anos; 65,6% do sexo masculino). A apresentação clínica predominante foi pneumonia (93,8%). Observou-se elevada multimorbilidade, destacando-se hipertensão arterial (65,6%), diabetes mellitus tipo 2 (37,5%), doença auto-imune (25%) e tabagismo ativo (25%).

A taxa de complicações foi de 37,5% e a mortalidade de 3,1%. As complicações incluíram insuficiência respiratória aguda, envolvimento neurológico (delirium, crise convulsiva, AVC isquémico e ventriculite), eventos cardiovasculares (FA e TEP), distúrbios metabólicos e infeções nosocomiais associadas a dispositivos invasivos, refletindo o carácter multissistémico da doença. Os doentes com complicações apresentaram idade média superior (73,8 vs 63,3 anos) e maior proporção de idade igual ou superior a 65 anos (66,7% vs 55%). Verificou-se diferença na duração média do internamento entre os grupos com e sem complicações (22,9 vs 6,6 dias), traduzindo maior consumo de recursos hospitalares.

Foi necessária VNI em 31,3% dos casos, sugerindo gravidade respiratória significativa numa proporção relevante da coorte. Registou-se resistência antimicrobiana em 15,6% dos casos, sobretudo à clindamicina (15,6%) e eritromicina (9,4%), sendo menos frequente

à ampicilina (6,3%) e penicilina (3,1%).

Apenas 9,4% dos doentes tinham registo de vacinação pneumocócica prévia.

Conclusão: A DPI afetou predominantemente adultos idosos e com mais comorbilidades, associando-se a elevada taxa de complicações, necessidade frequente de suporte ventilatório e aumento do tempo de internamento. A idade avançada destacou-se como determinante a evolução clínica mais complexa. A presença de resistências antimicrobianas, embora globalmente baixa, reforça a importância da vigilância microbiológica contínua. A baixa cobertura vacinal reforça a necessidade de otimização das estratégias preventivas.

POA 202

EPIDEMIOLOGIA DA INFEÇÃO POR CLOSTRIDIÓIDES DIFFICILE EM MEDICINA INTERNA

Pedro Reboredo; Ana Morgado; Marques Cardoso; Ignacio Moreno; Cristina Sousa

Uls Algarve > Hospital Faro > Serviço Medicina Interna I

Introdução: A infeção por *Clostridioides difficile* (ICD) é uma das principais causas de diarreia associada a antibióticos em meio hospitalar, com impacto significativo na morbi-mortalidade, duração do internamento e custos de saúde. O risco aumenta com idade avançada, hospitalização prolongada e uso de antibióticos de largo espetro, especialmente quando associados a inibidores da bomba de protões (IBP). O Objetivo deste estudo foi caracterizar retrospectivamente a incidência, fatores de risco e perfil clínico da ICD numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, analisando os processos clínicos eletrónicos de todos os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna num período de 6 meses, com diagnóstico laboratorial confirmado de ICD. Foram excluídos portadores assintomáticos e casos não confirmados. Recolheram-se dados demográficos, comorbilidades, uso prévio de antibióticos nos 90 dias anteriores, utilização de IBP, duração do internamento e evolução clínica. A adequação da prescrição antibiótica foi avaliada segundo recomendações do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Resultados: Durante o período analisado, 34 doentes desenvolveram ICD, correspondendo a 4,3% dos internamentos. A média de idade foi $77,5 \pm 10,0$ anos, predominando o sexo feminino (19 doentes, 55,9%). As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial em 22 doentes (64,7%), insuficiência cardíaca em 13 doentes (38,2%), doença renal crónica em 8 doentes (23,5%) e diabetes mellitus em 7 doentes (20,6%), refletindo elevada fragilidade clínica com índice de Charlson médio de $4,8 \pm 2,5$. A exposição prévia a antibióticos nos 90 dias anteriores ocorreu em 31 doentes (91,2%), sendo os mais prescritos beta-lactâmicos em 16 doentes (47,1%), cefalosporinas em

10 doentes (29,4%) e fluoroquinolonas em 5 doentes (14,7%). O uso concomitante de IBP foi registado em 15 doentes (44,1%). A duração média do internamento foi 20 ± 7 dias. Apenas um doente apresentou colite pseudomembranosa documentada por colonoscopia, não tendo havido necessidade de transferência para cuidados intensivos, e a mortalidade intra-hospitalar associada à ICD foi de 2 doentes (5,9%). Estes dados situam-se em linha com estudos nacionais que reportam incidência de 3–6% em doentes internados em Medicina Interna.

Conclusões: A análise retrospectiva evidenciou que a ICD apresenta incidência relevante nesta enfermaria, afetando predominantemente doentes idosos pluripatológicos. O uso recente de antibióticos de largo espectro e a utilização de IBP foram os principais fatores de risco identificados. Apenas um doente apresentou colite pseudomembranosa, sem necessidade de cuidados intensivos, sugerindo que a maioria dos casos evoluiu de forma moderada. Estes resultados corroboram a literatura nacional e europeia, reforçando a importância da prescrição criteriosa de antibióticos, vigilância contínua e implementação de medidas eficazes de prevenção e controlo de infeção, sobretudo em doentes de risco, com vista à redução de complicações e mortalidade associadas à ICD.

POA 203

PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI, CASUÍSTICA NA POPULAÇÃO VIH E NÃO-VIH

António Pedro Sousa¹; José Pedro Abobeira²; Inês Pinho¹; José Presa¹

¹ULS de Trás-os-Montes a Alto Douro, EPE - Hospital São Pedro Vila Real; ²ULS Gaia/Espinho

Introdução: A Pneumocistose, pneumonia causada pelo fungo *Pneumocystis jirovecii*, afeta tipicamente doentes imunocomprometidos. As causas de imunossupressão são múltiplas, desde infeção por vírus imunodeficiência humana (VIH) a neoplasias sólidas ou hematológicas, doenças auto-imunes ou fármacos imunossupressores.

O Objetivo deste trabalho assenta na abordagem das diferenças epidemiológicas, clínicas e prognósticas entre doentes VIH e não-VIH.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, através da consulta dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de pneumocistose, com necessidade de internamento hospitalar, entre 2021 e 2025. De um total de 95 doentes encontrados, após aplicação de critérios de exclusão, foram selecionados 67. Obteve-se dados demográficos, duração internamento, presença de imunossupressão, dados clínicos, laboratoriais e evolução observada. Realizou-se estatística descritiva para as variáveis recolhidas, aplicados teste de Fischer/ Qui-quadrado, Mann-Whitney e regressão logística multivariada para o evento de mortalidade.

Resultados: Dos 67 doentes, 14 (20,9%) apresentavam infeção VIH e 53 (79,1%) não. Observou-se diferença estatisticamente significativa na média de idades, sendo os doentes VIH mais jovens (46 anos vs 69 anos, $p < 0,01$) e composição maioritária do sexo masculino (73,1% vs 26,9%, $p < 0,01$). A febre foi o sintoma com maior diferença entre os 2 grupos (71,4% vs 34%, $p=0,012$), estando os sintomas respiratórios representados de forma mais equilibrada. Os valores de LDH à admissão eram tendencialmente mais elevados no grupo VIH (mediana de 377,5 U/L no grupo VIH e 333 U/L no grupo não-VIH, $p=0,185$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos VIH e não-VIH relativamente à necessidade de cuidados intensivos (21,4% vs 20,8%; $p=1,00$), necessidade de entubação orotraqueal (0% vs 5,7%; $p=0,56$) ou mortalidade hospitalar (14,3% vs 26,4%; $p=0,49$).

A regressão logística multivariada para mortalidade durante o internamento mostrou que os principais determinantes foram idade (OR 1.12; IC95% 1.03–1.25), LDH (OR 1.007; IC95% 1.003–1.013) e rácio PaO₂/FiO₂ (P/F) (OR 0.990; IC95% 0.981–0.998). Não foi encontrada associação entre infeção VIH e mortalidade na nossa coorte (OR 1.07; IC95% 0.06–14.63).

Conclusões: Neste estudo a pneumocistose ocorreu predominantemente em doentes sem infeção por VIH, refletindo a crescente importância desta infeção em contextos de imunossupressão não associada ao VIH. Os doentes com VIH são mais jovens e com maior frequência apresentam febre à admissão, enquanto os restantes sintomas respiratórios se distribuíram de forma semelhante entre os grupos. De forma global, os principais determinantes de mortalidade foram idade avançada, LDH elevado e pior oxigenação (menor P/F).

Assim, a pneumocistose deve manter-se como diagnóstico a considerar em doentes imunocomprometidos independentemente do estado serológico para o VIH.

POA 204

A EXPERIÊNCIA DO USO DE REMDESIVIR EM DOENTES COVID-19 NUMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Mariana S. R. Costa; Ana João Surreira; Soraia Almeida; Sofia Ribeiro

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: Algumas Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD) procuraram adaptar-se às necessidades dos doentes COVID-19, permitindo um regresso mais célere a casa e poupando internamentos frequentemente longos. Na nossa unidade, foram progressivamente aceites doentes de forma mais precoce, muito deles ainda sob remdesivir, com monitorização clínica, recurso à telemonitorização e à telemedicina. Estudos observacionais demonstraram que esta abordagem é segura e viável em doentes clinicamente estáveis,

contribuindo também para diminuir a pressão sobre os hospitais e otimizar a utilização de recursos de saúde. **Objetivos, materiais e métodos:** Este estudo visa a caracterização demográfica e clínica de doentes internados numa UHD, bem como, análise do perfil de segurança do uso de remdesivir nesta modalidade de internamento. Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo dos casos de COVID-19 internados de dezembro de 2020 a dezembro de 2025, com consulta de processos clínicos eletrónicos.

Resultados: Foram identificados 16 doentes internados por COVID-19 na UHD, 4 dos quais não realizaram remdesivir (2 por não estar ainda preconizado, à data, esse tratamento em regime domiciliário). A idade média foi de 66 anos, com ligeiro predomínio do sexo feminino (56.3%). Cerca de 75% dos doentes apresentavam doença respiratória e 66.7% doença cardiovascular, a mais frequente hipertensão arterial. Cerca de 16.7% eram imunossuprimidos, tendo sido suspensos os fármacos imunossupressores. Cerca de 91.7% eram vacinados (apenas 2 há menos de 6 meses), com número médio de 4 doses administradas. A duração média do internamento foi de 7.93 dias. À admissão, 83% dos doentes necessitavam de oxigenoterapia (com rácio médio de 251.7mmHg), correspondendo a casos de doença grave. Foram detetadas alterações imagiológicas em 50% dos doentes, sendo o infiltrado intersticial a mais frequente. O tempo médio de início de remdesivir após início de sintomas foi de 2.58 dias (91.7% com início nos primeiros 5 dias). Não foram descritas complicações associadas ao remdesivir na amostra estudada, não tendo havido igualmente necessidade de readmissão em internamento convencional. Em um terço dos doentes, foi realizada também antibioterapia por sobreinfecção bacteriana. Registou-se apenas 1 óbito nos 30 dias após a alta, não relacionado com COVID.

Conclusão: O internamento em UHD permitiu transitar mais precocemente os doentes para o domicílio, contribuindo para uma recuperação funcional mais rápida e menor risco de complicações nosocomiais. Na amostra em estudo, apesar do perfil de risco, nomeadamente elevada prevalência de comorbilidades cardiovasculares e respiratórias, os resultados foram favoráveis, sem relato de eventos adversos e sem mortalidade diretamente relacionada. Desta forma, demonstra-se que é possível prestar cuidados com segurança, tornando a administração de remdesivir no domicílio viável, cumprindo os mesmos padrões de qualidade que no ambiente hospitalar.

POA 205

MORTALIDADE AOS 3 MESES APÓS INTERNAMENTO POR PATOLOGIA INFECIOSA

Beatriz Mendes Fernandes; Ana Barradas; Carolina Amado; Clara Pinto; Sofia Pimenta

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

As patologias infecciosas continuam a ser uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial, sendo responsáveis por uma proporção significativa de admissões hospitalares.[1,2] Em enfermarias de Medicina Interna, a mortalidade após a alta permanece relativamente pouco estudada, apesar de o período subsequente ao internamento constituir uma fase particularmente vulnerável.[3] Os doentes internados por patologia infecciosa são frequentemente idosos, frágeis e com múltiplas comorbilidades, fatores que aumentam o risco de morte após a alta hospitalar.[4] Este estudo teve como Objetivo determinar a mortalidade aos três meses após internamento por patologia infecciosa e identificar fatores clínicos e demográficos associados. Estudo observacional retrospectivo transversal realizado num hospital distrital, que incluiu todos os doentes internados por patologia infecciosa em quatro enfermarias de Medicina Interna a 1 de setembro de 2025, dia selecionado aleatoriamente. Foram recolhidos dados demográficos, comorbilidades, tipo de infeção, gravidade à admissão (qSOFA) e destino à data da alta. O desfecho principal foi a mortalidade por causa infecciosa aos três meses após a alta. Foi realizada uma regressão logística multivariada para identificar preditores independentes de mortalidade.

Foram incluídos 91 doentes, com uma mediana de idade de 82 anos e predominância do sexo masculino (57%; n=52). A duração média do internamento foi de 19 dias. Entre os 73 doentes com infeção, 12% apresentavam critérios de sépsis (qSOFA ≥ 2). Oito doentes faleceram durante o internamento. Entre os restantes, a mortalidade por causa infecciosa aos três meses após a alta foi de 14% (n=13). Destes doentes, aquando da alta, 8 (62%) foram encaminhados para o médico assistente, 2 (15%) foram transferidos para outro hospital e 3 (23%) para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Nas readmissões hospitalares estes doentes tiveram 18 infeções no total, sendo que as respiratórias foram as mais frequentes (44%; n=8), seguidas das geniturinárias (33%; n=6). Isolamentos microbiológicos foram obtidos em 44% (n=8) das infeções, sendo *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* os microrganismos mais comuns. Na análise multivariada, os fatores associados à mortalidade aos três meses foram o sexo masculino (OR 1,81) e a readmissão no serviço de urgência até 30 dias e após 30 dias da alta (OR 3,67 e 1,75).

A mortalidade por patologia infecciosa aos três meses após a alta foi relevante nesta população predominantemente idosa. O sexo masculino e a readmissão

precoce associaram-se a maior risco de mortalidade. A implementação de estratégias de estratificação de risco à data da alta, através da aplicação de *scores* clínicos simples, associada a programas estruturados de transição de cuidados e seguimento em consulta precoce pós-alta, poderá permitir uma monitorização mais dirigida destes doentes e potencialmente reduzir mortalidade e readmissões.

POA 206

ESPONDILODISCITE INFECIOSA: 3 ANOS DE INTERNAMENTO

Guilherme Rui Pereira; Carla Queirós da Silva;
Maria Almeida Pinto; Arminda Maia; Carla Maravilha;
Margarida Robalo; Sofia Esperança
Hospital de Braga

Objetivos: Com este estudo pretende-se caracterizar achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos, bem como salientar os desafios diagnósticos e terapêuticos desta entidade.

Introdução: A espondilodiscite infecciosa é uma doença rara, e potencialmente grave, cuja apresentação é frequentemente insidiosa e inespecífica, onde uma grande proporção de doentes apresenta apenas lombalgia e febre como sintomas iniciais, sendo então necessária elevada suspeição clínica para iniciar a marcha diagnóstica adequada. A patogénese é na sua maioria hematogénica sendo o *Staphylococcus aureus* o agente mais frequentemente isolado em hemoculturas. Do ponto de vista diagnóstico, a ressonância magnética constitui o *gold-standard*, apesar de que a tomografia computadorizada seja na maioria das vezes o primeiro exame a ser realizado. No que diz respeito à terapêutica a antibioterapia prolongada continua a ser a primeira linha, reservando a abordagem cirúrgica para casos de instabilidade vertebral, défice neurológico ou falência terapêutica.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo observacional, incluindo todos os doentes adultos diagnosticados com espondilodiscite infecciosa entre janeiro de 2023 e dezembro de 2025. O diagnóstico foi estabelecido com base em critérios clínicos e imagiológicos com ou sem confirmação microbiológica.

Resultados: Foram incluídos 35 casos. A média e mediana de idade foi de 69,9 e 69 anos (44–90) respetivamente, sendo 74,3% do sexo masculino. A duração média do internamento foi de 36,8 dias (4–269). Foram identificados agentes etiológicos em 74% dos casos. Os agentes mais frequentes *Staphylococcus aureus* (n=9), *Escherichia coli* (n=7), *Streptococcus spp.* (n=5) e *Klebsiella pneumoniae* (n=4). Foi ainda identificado um caso de espondilodiscite por *Mycobacterium tuberculosis*. A mortalidade intra-hospitalar foi de 5,1%.

Conclusão: Na nossa coorte, a espondilodiscite infecciosa ocorreu predominantemente em doentes idosos e com múltiplas comorbilidades, com elevada taxa de

bacteriemia e isolamento microbiológico, destacando-se uma proporção relevante de agentes gram-negativos (*Escherichia coli* + *Klebsiella pneumoniae*) quando comparado com a literatura, podendo traduzir-se num elevado foco infeccioso primário por ponto de entrada urinária, apesar da subdiagnóstico de Infecções de trato urinário, o que é congruente com esta população geriátrica e com múltiplas comorbilidades.

O internamento foi prolongado, embora a mortalidade intra-hospitalar tenha sido moderada. Estes achados sublinham a complexidade clínica desta entidade, reforçando a necessidade de elevada suspeição diagnóstica, investigação sistemática do foco primário e implementação precoce de terapêutica antimicrobiana dirigida, com implicações relevantes para estratégias de stewardship antibiótico.

POA 207

ANTIBIOTERAPIA NÃO CARBAPENEM EM INFEÇÕES ESBL+: ALTERNATIVA SEGURA?

Cátia Barra; Rui Pancas; Jéssica Marques; André Coelho;
Carolina Ribeiro; Elsa Gaspar; Isabel Fonseca; Arsénio Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As bactérias produtoras de β -lactamases de espectro alargado (ESBL) representam um desafio terapêutico em meio hospitalar, estando associadas a aumento da morbilidade, mortalidade e utilização de antibióticos de largo espectro. Os carbapenemes são considerados o tratamento de eleição para estas infeções; contudo, o seu uso crescente tem contribuído para o aparecimento de microrganismos multirresistentes. Assim, estratégias de “carbapenem-sparing” têm sido propostas, com utilização de antibióticos não carbapenem em situações selecionadas. O Objetivo do estudo foi comparar os resultados clínicos de doentes com infeções por bactérias ESBL+ tratados com antibioterapia não carbapenem versus carbapenem numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo com doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna durante o ano de 2025 com isolamento microbiológico de bactérias produtoras de ESBL. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos e microbiológicos a partir do processo clínico eletrónico. Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com a antibioterapia instituída: antibiótico não carbapenem e antibiótico carbapenem. Foram analisados como *outcomes* clínicos a reinfeção a um mês, internamento subsequente e mortalidade. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS, utilizando o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, considerando-se estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 58 doentes, com idade média de $81,2 \pm 9,0$ anos, sendo 53,4% do sexo masculino. Destes, 18,9% eram portadores de dispositi-

vos invasivos, 41,4% tiveram internamento recente e 60,3% cumpriram antibióterapia há menos de 3 meses. Relativamente ao grau de dependência, 41,4% dos doentes eram totalmente dependentes (Katz 0). Dos microrganismos isolados, a maioria corresponde a *Klebsiella pneumoniae* (n=31, 53,4%), seguida de *Escherichia coli* (n=23, 39,6%), sendo que 41 foram identificados em urocultura e 17 em cultura de expetoração. Do total da amostra, 26 doentes (44,8%) foram tratados com carbapenem e 32 (55,2%) com antibióterapia não carbapenem. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à ocorrência de reinfeção (11,5% vs 15,6%, $p=0,556$), internamento subsequente (38,4% vs 25%, $p=0,385$) ou mortalidade (15,4% vs 28,1%, $p=0,251$).

Conclusões: Neste estudo, não se verificaram diferenças significativas nos *outcomes* clínicos entre doentes tratados com carbapenem e não carbapenem para infeções por bactérias ESBL+. Estes resultados sugerem que, em contextos clínicos selecionados, a utilização de antibióterapia não carbapenem poderá constituir uma alternativa terapêutica segura, contribuindo para estratégias de racionalização do uso de carbapenemes. No entanto, a dimensão reduzida da amostra limita a generalização dos resultados, sendo necessários estudos prospetivos com maior número de doentes para confirmar estes achados.

POA 208

INFEÇÃO POR INFLUENZA A EM DUAS ÉPOCAS SAZONAIS: ANÁLISE COMPARATIVA DE UMA COORTE HOSPITALAR

Mariana Henriques Ribeiro; Pedro Teixeira Vaz;
Ana Rita Paulos; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Contexto: A gripe é uma infeção viral altamente transmissível causada pelos vírus *Influenza A* e B. A sua capacidade de mutação gera variações sazonais e epidemias anuais, aumentando a pressão nos serviços de saúde. A vacinação constitui a principal estratégia de prevenção. **Objetivo:** Comparar as épocas gripais entre 1 de outubro e 31 de janeiro de 2024/25 e 2025/26 quanto à incidência, características demográficas, motivo e duração de internamento, estado vacinal e mortalidade de doentes internados com diagnóstico de *Influenza A*.

Métodos: Estudo comparativo, descritivo, retrospectivo e observacional que incluiu indivíduos ≥ 18 anos observados no atendimento permanente de um hospital privado nesse período que apresentavam febre e/ou sintomas respiratórios, com teste positivo para *Influenza A* (PCR ou antigénio) necessidade de internamento. Excluíram-se os doentes que recusaram internamento.

Resultados: Na coorte de 2024/25, foram testados 121 doentes, dos quais 102 (84,3%) positivos, destes 8 (7,8%) necessitaram de internamento. Entre os internados, 4 (50%) eram homens, com idade média de

48 anos (23-85), e as mulheres de 66 anos (50-79). O principal motivo de internamento foi insuficiência respiratória parcial (n=6; 75%). A demora média de internamento foi de 5,5 dias, sem óbitos. Quatro doentes estavam vacinados, sendo que todos os não vacinados tinham indicação formal.

Em 2025/26, foram testados 1720 doentes, 433 (25,2%) positivos, destes 26 (6,0%) necessitaram de internamento. Entre os internados, 11 (42%) eram homens, com idade média de 48 anos (27-92) e as mulheres de 47 anos (27-95). A insuficiência respiratória parcial manteve-se o principal motivo de internamento (n=17; 68%). A demora média de internamento foi de 6,9 dias. Registaram-se 3 óbitos (11,5%) nenhum diretamente atribuível a *Influenza A*. Quatorze doentes (53,8%) estavam vacinados; entre os não vacinados apenas 3 tinham indicação formal.

A incidência de *Influenza A* foi superior em 2024/25 considerando apenas os doentes testados (84,3% vs 25,2%; $p<0,001$, teste de X²). Contudo, o número de testes realizados em 2025/26 foi cerca de 15 vezes superior. A estabilidade do número de admissões no atendimento permanente sugere uma possível alteração nos critérios de testagem. A taxa de internamento não diferiu entre épocas (7,8% vs 6,0%; RR=1,30; IC95%: 0,62–2,73; $p=0,58$, teste exato de Fisher) sugerindo ausência de variação relevante na gravidade clínica.

Conclusão: A época 2024/25 apresentou maior incidência de *Influenza A*, devendo ser interpretada à luz da discrepância no número de testes realizados. Não se observaram diferenças significativas na taxa de internamento nem na gravidade clínica dos doentes internados. A elevada proporção de doentes não vacinados com indicação formal em 2024/25 reforça a importância da melhoria das estratégias de vacinação nos grupos de risco. Estes resultados devem ser interpretados considerando a natureza retrospectiva e monocêntrica do estudo.

POA 209

MORBIMORTALIDADE NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: O QUE ESTÁ POR DETRÁS DE ÓBITOS NÃO ESPERADOS?

Mariana Pedrosa; Carolina Correia; Inês Trancoso;
Joana Campelo; Virgínia Pereira; Mariana Da Silva Leal;
Patrícia Lourenço; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A avaliação de morbimortalidade constitui uma prática consolidada em diversos hospitais a nível nacional e internacional, visando a melhoria dos cuidados de saúde e a promoção de reflexão crítica sobre a prática médica multiprofissional. Este estudo teve como principal Objetivo caracterizar os óbitos ocorridos num serviço de Medicina Interna e identificar potenciais fatores preditores de mortalidade não enquadrável nas patologias de base dos doentes.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo, cuja amostra foi constituída por todos os óbitos ocorridos no serviço de Medicina Interna de um hospital de nível III num período de 6 meses. Foram recolhidas variáveis demográficas e clínicas, nomeadamente género, idade, estado funcional avaliado de acordo com escalas clinicamente validadas, proveniência, antecedentes pessoais, motivo e duração do internamento, intercorrências clínicas, data e hora do óbito causa de morte, entre outras. Foi realizada uma avaliação das causas de morte classificando-as em 2 grupos: enquadráveis (relacionadas com o motivo de internamento ou comorbilidades) e não enquadráveis (não esclarecidas ou associadas a intercorrências). Procedeu-se à análise comparativa entre os grupos e dados obtidos e à realização de regressão logística binária para identificar fatores preditores independentes de mortalidade.

Resultados: Verificaram-se 3995 admissões, das quais 397 resultaram em óbito. Em média, os doentes que faleceram tinham 84 anos e permaneceram cerca de 9 dias internados. A principal causa de admissão foi pneumonia adquirida na comunidade (28,18%). Cerca de 94 doentes (23.76%) apresentaram intercorrências durante o internamento. Relativamente à causa de morte, 325 óbitos (81.9%) ocorreram devido ao motivo de internamento, e em cerca de 11.1% dos casos a morte foi considerada não enquadrável nas patologias do doente. Na análise multivariável, associaram-se de forma independente à mortalidade não enquadrável: a ocorrência de intercorrências durante o internamento, o óbito no período noturno e a presença de lesão renal aguda à admissão.

Conclusões: A maioria dos óbitos observados foi clinicamente previsível e relacionada com a patologia aguda ou crónica dos doentes. Contudo, a associação entre mortalidade não enquadrável, intercorrências hospitalares e óbitos no período noturno sugere a existência de fatores potencialmente modificáveis, nomeadamente ao nível da prevenção de eventos adversos, da deteção precoce de deterioração clínica e da adequação de recursos assistenciais em períodos de menor disponibilidade.

POA 210

INTEGRATED GERIATRIC-NEUROSURGERY CARE PATHWAYS IN SOUTH-WEST EUROPE: THE GENEUS PROJECT

Sofia Duque¹; Mariana Alves²; Luísa Fontes¹; Ricardo Malcata Nogueira¹; Diogo Roque²; Eric Schmidt³

¹Hospital CUF Descobertas; ²Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ³Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Background: Population ageing in Southern Europe is increasing the number of older adults requiring neurosurgical treatment. Current care pathways are mainly disease-centred and rarely integrate geriatric principles, leading to variability in clinical practice, perioperative

risk assessment, and access to rehabilitation, particularly in complex older surgical patients. Harmonized and evidence-based multidisciplinary models are needed. GENEUS is an Interreg SUDOE / EU-FEDER funded project under the programme “Ensure equal access to healthcare and strengthen the resilience of healthcare systems”, involving institutions from France, Spain, and Portugal.

Objectives: The project aims to develop integrated care pathways for patients ≥ 65 years undergoing neurosurgery, promoting collaboration between neurosurgery and geriatrics/internal medicine and supporting standardized, patient-centred care across healthcare systems.

Methods: GENEUS is an ongoing multicentre mixed-methods project involving six institutions in France, Spain, and Portugal. The first phase consists of qualitative mapping of neurosurgical care pathways for older patients in participating centres. Process analysis is performed using Lean methodology, combined with structured surveys and interviews with healthcare professionals involved in perioperative and inpatient care, in order to identify workflow variability, inefficiencies, organizational barriers, and critical points where the integration of geriatric assessment and multidisciplinary geriatric care may optimize patient management. Another task of the project consists of developing the protocol for a prospective multicentre transnational study of functional decline and care pathways in neurosurgical patients ≥ 65 years, scheduled to start shortly. This study will characterize clinical, functional, cognitive, and frailty status, and will include clinical and functional outcomes.

In parallel, a practical toolbox for the management of older neurosurgical patients will be developed, including Comprehensive Geriatric Assessment components such as frailty screening, perioperative optimization, prevention of iatrogenic complications, rehabilitation planning, and structured care coordination.

Prospective data collection will assess feasibility, adherence to the care pathway, as well as clinical, functional, and medico-economic outcomes. Initial findings will be shared with relevant stakeholders to disseminate the GENEUS approach and support its potential adoption in other centres.

Conclusions: GENEUS proposes a transnational model integrating geriatric principles into neurosurgical care through pathway mapping, multidisciplinary collaboration, and protocol standardization across different healthcare systems. The project aims to create an adaptable and scalable approach for older neurosurgical patients, supporting more coordinated and efficient care focused on preservation of functional capacity, autonomy, and quality of life, while contributing to more resilient healthcare systems, with future implementation and evaluation across European centres.

POA 211

DO HOSPITAL À COMUNIDADE: CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO PÓS-ALTA DE DOENTES EM MEDICINA INTERNA

Miguel Tomás Rodrigues; Monica Corte Real; Ara Belo; Letícia Naben; Joana Simões; Violeta Suruceanu; Diana Pedreira; Susana Marques

Unidade Local de Saúde da Arrábida

Introdução: A transição entre o internamento hospitalar e o seguimento em cuidados de saúde primários constitui um momento crítico na continuidade de cuidados. Doentes internados em enfermarias de Medicina Interna apresentam frequentemente idade avançada, multimorbilidade e elevado grau de dependência, tornando essencial o acompanhamento precoce após alta. A articulação com a Medicina Geral e Familiar assume assim um papel central na gestão clínica destes doentes.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre 2022 e 2024 cujo seguimento após alta foi orientado exclusivamente para consulta de Medicina Geral e Familiar. Foram analisadas características demográficas, tempo de internamento, índice de comorbilidade de Charlson, índice de Barthel à alta, tempo até consulta de seguimento e alterações terapêuticas realizadas na primeira avaliação.

Resultados: Foram incluídos 570 doentes, dos quais 234 do sexo masculino e 336 do sexo feminino, com 95% dos indivíduos entre os 70 e 90 anos de idade. O tempo médio de internamento foi de 7 dias. A classe mais frequente do índice de Charlson foi 5 e o índice de Barthel mais comum à alta foi 0–19, indicando dependência total. Dos 570 doentes referenciados para seguimento exclusivo em cuidados de saúde primários, apenas 277 (48,6%) tiveram efetivamente consulta até 2026. O tempo médio de espera para consulta foi de 84,9 dias (mediana 26,5 dias). Entre os doentes observados em consulta, 65 tiveram alterações terapêuticas, sendo as mais frequentes início de antibióterápia por infeção no período pós-alta ($n=11$) e introdução de terapêutica antipsicótica ($n=7$).

Conclusão: A população estudada caracteriza-se por elevada idade, multimorbilidade e dependência funcional. Apesar de uma aparente concordância terapêutica entre Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, verificou-se que menos de metade dos doentes referenciados teve consulta de seguimento e que os tempos de espera foram prolongados. Estes resultados reforçam a importância de estratégias que melhorem a articulação entre níveis de cuidados e garantam acompanhamento mais precoce após alta hospitalar.

POA 212

PRIMEIROS 18 MESES DE UMA PEQUENA UNIDADE DE AVC: RETRATO CLÍNICO DE 481 DOENTES COM AVC ISQUÉMICO

Ana Filipa C. Correia; Tiago Lopes; Jorge Miguel Mimoso; Tiago Vasconcelos; Isabel Taveira; Nuno Bernardino Vieira

Hospital do Barlavento Algarvio

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial. A implementação de Unidades de AVC (UAVC) tem demonstrado melhorar o prognóstico através de uma abordagem estruturada e multidisciplinar. Num hospital periférico sem UAVC até julho de 2024, verificaram-se mudanças estruturais nos cuidados aos doentes com AVC. Este estudo pretende caracterizar o perfil clínico dos doentes internados por AVC isquémico durante os primeiros 18 meses de funcionamento da unidade.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional com análise a partir do Registo Internacional de Doentes com AVC (RES-Q). Foram incluídos todos os doentes internados entre 1 de julho de 2024 e 31 de dezembro de 2025 com diagnóstico de AVC isquémico. Recolheram-se variáveis clínicas, fatores de risco vascular, comorbilidades e *outcomes* clínicos. Procedeu-se à análise descritiva da amostra, apresentando variáveis contínuas como média e variáveis categóricas como frequências e percentagens.

Resultados: Foram incluídos 481 doentes com AVC isquémico. A idade média foi de 71,3 anos, observando-se predominância do sexo masculino (58,8%). A hipertensão arterial foi o fator de risco mais prevalente (86,7%), seguida de dislipidemia (57,2%) e diabetes mellitus (15,6%); o tabagismo foi identificado em 1,7% dos doentes. A Fibrilhação auricular esteve presente em 4,8% e insuficiência cardíaca em 7,5%. O reinternamento a 30 dias ocorreu em 5,6% dos casos e a mortalidade foi de 0,4%.

Conclusão: Nos primeiros 18 meses de atividade observou-se elevada prevalência de fatores de risco vascular na população internada por AVC isquémico, com destaque para hipertensão arterial e dislipidemia. A baixa mortalidade observada poderá refletir o impacto de uma abordagem estruturada numa unidade dedicada ao tratamento do AVC. Estes dados contribuem para a caracterização epidemiológica regional e reforçam o papel das UAVC na melhoria dos *outcomes* clínicos.

POA 213

PAPEL DO INTERNISTA NA FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR: ESTUDO PROSPETIVO

Ana Margarida Morgado; Joana Lopo; Habib Alagbo; Marques Cardoso; Sara Aleixo; Ignacio Moreno
ULS Algarve- Faro

Introdução: A fratura proximal do fémur constitui uma causa frequente de internamento na população idosa, associando-se a elevada morbilidade, mortalidade e perda funcional. A complexidade clínica destes doentes exige frequentemente otimização médica perioperatória e vigilância durante o internamento. Os modelos multidisciplinares com participação ativa da medicina interna têm demonstrado melhoria dos resultados clínicos e organizacionais. Este estudo teve como Objetivo caracterizar prospectivamente os doentes internados por fratura proximal do fémur e avaliar os resultados assistenciais num modelo multidisciplinar com intervenção sistemática do internista.

Material e métodos: Estudo observacional prospetivo incluindo doentes consecutivos internados por fratura proximal do fémur durante dois períodos de observação. Foram incluídos 263 doentes (amostra 1: n=144; amostra 2: n=119). Todos os doentes foram avaliados por medicina interna nas primeiras 24 horas após admissão, com otimização clínica perioperatória e vigilância médica durante o internamento. Foram analisadas variáveis demográficas, grau de dependência funcional (índice de Barthel), comorbilidades, complicações médicas, tempo até cirurgia, duração do internamento e destino após alta. A análise estatística foi descritiva, com comparação entre amostras.

Introdução: A fratura proximal do fémur é uma causa frequente de internamento na população idosa, associando-se a elevada morbilidade, mortalidade e perda funcional. A complexidade clínica destes doentes exige otimização médica peri e pós-operatória. Os modelos de co-gestão ortopedia-medicina interna têm demonstrado melhoria dos resultados clínicos. Este estudo prospetivo comparou desfechos antes e após implementação sistemática da avaliação pelo internista.

Material e métodos: Foram incluídos 263 doentes consecutivos internados durante dois períodos: amostra 1 (n=144), sem intervenção do internista; amostra 2 (n=119), com avaliação médica sistemática nas primeiras 24h, otimização perioperatória e vigilância durante internamento. Foram analisadas variáveis demográficas, dependência funcional (índice de Barthel), comorbilidades, complicações médicas, tempo até cirurgia, duração do internamento e destino após alta. A análise estatística incluiu teste de Fisher e qui-quadrado para comparação entre grupos.

Resultados: Idade média 82,9 anos (amostra 1) e 79,4 anos (amostra 2), predominância feminina (75%). Aproximadamente 50% eram dependentes, 40% parcialmente dependentes e 10% autónomos, com eleva-

da morbilidade.

A mortalidade intra-hospitalar reduziu de 8,4% para 4% com intervenção do internista ($p \approx 0,16$) e as complicações médicas de 36% para 30,3% ($p \approx 0,32$), evidenciando tendência para melhoria clínica relevante. O tempo médio até cirurgia foi 6,7 e 7,4 dias, respetivamente, e a duração média de internamento 27,9 e 29,5 dias. Após a alta, mais de metade dos doentes necessitou de cuidados continuados.

Conclusões: Os doentes com fratura proximal do fémur constituem uma população geriátrica complexa, com elevada dependência funcional. A implementação sistemática da avaliação por um internista permitiu a otimização perioperatória e vigilância de complicações, associando-se a redução da mortalidade e de eventos adversos. Assim, destaca-se o papel da medicina interna na co-gestão multidisciplinar como uma estratégia a seguir para melhorar os cuidados de saúde em enfermagem cirúrgica.

POA 214

CONSULTORIA DE MEDICINA INTERNA: A VERSATILIDADE DE UMA ESPECIALIDADE TRANSVERSAL NO HOSPITAL

Joana Correia Nunes; Maria Beatriz Marques; Carolina Saca; Matilde Coimbra; Alexandra Faustino; José Delgado Alves
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A Medicina Interna desempenha um papel central na abordagem de doentes complexos hospitalizados, frequentemente com múltiplas comorbilidades e intercorrências clínicas. A consultoria a outros serviços hospitalares permite otimizar a avaliação diagnóstica e a gestão terapêutica, promovendo uma abordagem global do doente. A caracterização destes pedidos pode contribuir para compreender as necessidades assistenciais e o impacto da intervenção do internista no contexto hospitalar. O Objetivo deste estudo foi caracterizar os pedidos de consultoria dirigidos a um serviço de Medicina Interna de um Hospital distrital, analisando os serviços requisitantes, motivos de referenciação e o seguimento clínico.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo baseado na análise de pedidos de consultoria dirigidos a um serviço de Medicina Interna por outros serviços hospitalares. Foram incluídos todos os pedidos registados durante o ano de 2025. Foram recolhidos dados relativos à idade, sexo, serviço requisitante, motivo do pedido de apoio, diagnósticos estabelecidos e desfecho da avaliação.

Resultados: Durante o ano de 2025, este Serviço de Medicina Interna respondeu a 155 pedidos de consultoria. Relativamente aos dados demográficos dos doentes, a idade média foi de $72,5 \pm 13,6$ anos, com 41,3% de indivíduos do sexo feminino. A maioria dos pedidos de apoio foram realizados por especialidades cirúrgicas (57,4%), sobretudo Cirurgia Geral (30,3%),

seguida de Otorrinolaringologia (23,2%). Relativamente às especialidades médicas, a Neurologia foi a especialidade com mais pedidos de apoio realizados (29,7%). O motivo de pedido de consultoria mais frequente foi a gestão de intercorrência aguda (47,1%), seguido de orientação diagnóstica (23,2%) e ajuste terapêutico de doença crónica (16,1%). Entre os diagnósticos mais frequentes, destacam-se pneumonia nosocomial, insuficiência cardíaca descompensada, febre sem foco e alterações hidroeletrólíticas. O pedido de observação destes doentes motivou a transferência para o serviço de Medicina Interna em 4 casos, transferência para o Serviço de Medicina Intensiva em 2 casos e 9 doentes foram referenciados para consulta de Medicina Interna.

Conclusões: Os pedidos de consultoria de Medicina Interna foram principalmente motivados pela necessidade de apoio na gestão de intercorrências clínicas agudas e orientação diagnóstica. Apesar da complexidade associada a estes doentes, frequentemente idosos e com multimorbilidade, apenas 3,9% dos casos motivou transferência para Medicina Interna ou para a Unidade de Cuidados Intensivos, sugerindo que a intervenção consultiva permitiu apoiar eficazmente a abordagem clínica nos serviços de origem. Estes resultados reforçam o papel transversal da Medicina Interna na gestão integrada do doente hospitalizado e na articulação entre diferentes especialidades.

POA 215

CATETERIZAÇÃO VESICAL E COMPLICAÇÕES URINÁRIAS NO INTERNAMENTO: EXPERIÊNCIA DE MEDICINA INTERNA

Ana Carina Baldino; Patrícia Serpa Soares; Pedro Costa; Daria Bem

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A cateterização vesical é uma prática frequente em enfermarias de medicina interna, particularmente em doentes idosos. Contudo, a sua utilização associa-se a um aumento do risco de infeções por microrganismos multirresistentes e a maior morbilidade. A infeção do trato urinário associada a cateter vesical (ITU-CV) constitui uma das complicações nosocomiais mais comuns nesta população. Este estudo pretende caracterizar o perfil vesical dos doentes internados numa enfermaria de medicina interna, identificando a frequência de cateterização, as suas indicações, complicações associadas e os agentes bacterianos envolvidos.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal, realizado numa enfermaria de medicina interna, com recolha de dados num único dia. Foram avaliados 72 doentes quanto a sexo, idade, presença de cateter vesical, indicação para cateterização, ocorrência de complicações e identificação de eventuais

agentes bacterianos. Procedeu-se à análise quantitativa dos dados, com cálculo de frequências, percentagens e exploração de associações entre variáveis.

Resultados: A amostra incluiu 49 mulheres (68%) e 23 homens (32%), com idade média de 77 anos. O cateter vesical estava presente em 40 doentes (56%), evidenciando a elevada frequência desta intervenção. A indicação mais comum foi a monitorização da diurese, em 24 doentes (60%), embora apenas 16 apresentassem indicação clínica adequada. Entre estes, verificaram-se complicações em 3 casos (12,5%), incluindo 1 episódio de hematuria e 3 de ITU-CV. A segunda indicação mais frequente foi retenção urinária, em 14 doentes (35%), associando-se a 3 casos de ITU-CV e 1 de hematuria. Os microrganismos identificados foram *Escherichia coli* (n=2) e *Proteus mirabilis* (n=2). A ITU-CV ocorreu predominantemente em doentes com idade superior a 65 anos.

Conclusões: Embora a ITU-CV tenha sido relativamente pouco frequente, a elevada taxa de cateterização observada – nem sempre com indicação clínica clara – pode contribuir para o aumento do risco de infeção e de complicações associadas. Estes dados, obtidos numa enfermaria de medicina interna num único momento de avaliação, reforçam a necessidade de uma utilização criteriosa do cateter vesical, bem como de estratégias de vigilância e prevenção, particularmente em doentes idosos hospitalizados.

POA 216

UTILIZAÇÃO DA SONDA NASOGÁSTRICA NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Ana Margarida Morgado; Marques Cardoso; Joana Lopo; Sara Aleixo; Ignacio Moreno
ULS Algarve- Faro

Introdução: A sonda nasogástrica (SNG) é o método preferencial para nutrição entérica de curta duração em doentes adultos não críticos com ingestão oral insuficiente, permitindo também administração de terapêutica e descompressão gástrica. A sua utilização inadequada ou prolongada pode associar-se a complicações relevantes. As recomendações da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) enfatizam indicações bem definidas, reavaliação regular e documentação adequada. Este estudo teve como Objetivo avaliar a frequência, indicações e documentação da utilização de SNG numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo observacional descritivo com recolha prospetiva de dados realizado durante o período de duas semanas. Todos os doentes adultos internados (n=78) foram avaliados prospetivamente quanto à presença de SNG durante o internamento. Os doentes que apresentaram SNG em qualquer momento (n=23) foram posteriormente analisados quanto às suas características clínicas, indicações e documenta-

ção. As indicações consideradas adequadas foram definidas de acordo com as recomendações da ESPEN: nutrição entérica de curta duração em doentes com ingestão oral insuficiente, administração de terapêutica quando a via oral não era possível e descompressão gástrica em íleo ou obstrução intestinal. Foram excluídos doentes com SNG de longa duração ou em contexto paliativo.

Resultados: Dos 78 doentes observados, 23 (29,5%) apresentaram SNG em algum momento do internamento. Destes, 15 (65%) eram do sexo masculino, com idades entre 51 e 94 anos (média $79,8 \pm 11,6$ anos). As comorbilidades mais frequentes neste grupo foram diabetes mellitus (9 doentes, 39%), demência (8 doentes, 35%) e acidente vascular cerebral prévio (7 doentes, 30%), não mutuamente exclusivas.

Os diagnósticos de internamento mais frequentes foram pneumonia de aspiração (9 doentes, 39%), acidente vascular cerebral isquémico (5 doentes, 22%) e lesão renal aguda pré-renal (4 doentes, 17%).

As principais indicações para utilização de SNG foram nutrição entérica (12 doentes, 52%), administração de terapêutica (5 doentes, 22%), prevenção de aspiração (4 doentes, 17%) e descompressão gástrica (2 doentes, 9%). Em 4 casos (17%) a indicação foi considerada inadequada segundo os critérios definidos.

Apenas 13 doentes (57%) apresentavam registo clínico da indicação e 8 doentes (35%) tinham prescrição formal no sistema eletrónico hospitalar.

Conclusões: A utilização de SNG ocorreu em 23 dos 78 doentes observados (29,5%), predominantemente em doentes idosos e com elevada carga de comorbilidade. Verificou-se 17% de indicações consideradas inadequadas segundo critérios baseados nas recomendações da ESPEN. Observou-se ainda documentação incompleta, com ausência de registo clínico da indicação em 10/23 casos (43%) e ausência de prescrição formal em 15/23 (65%). Estes resultados evidenciam discrepâncias entre a prática clínica e as recomendações internacionais, reforçando a necessidade de estratégias estruturadas de prescrição, reavaliação periódica e registo clínico rigoroso para otimizar a utilização da SNG e reduzir potenciais complicações associadas.

POA 217

RITUXIMAB EM DOENÇAS NÃO ONCOLÓGICAS – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Pedro Teixeira Vaz ; Mariana Henriques Ribeiro; Ana Abade; Natália Marto; Maria Da Nazaré Rosado; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: O rituximab, anticorpo monoclonal anti-CD20, é um agente biológico com indicação crescente em patologias imunomediadas não oncológicas, atuando na depleção de linfócitos B. O presente estudo teve como Objetivo principal avaliar a eficácia do ritu-

ximab nestas patologias e como Objetivo secundário caracterizar as reações adversas.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo, realizado num centro clínico académico, abrangendo o período de 1 de janeiro de 2007 a 31 de janeiro de 2026. Foram incluídos todos os doentes com idade ≥ 18 anos submetidos a rituximab em ambulatório ou internamento, identificados através do registo eletrónico da farmácia hospitalar. Recolheram-se dados demográficos, diagnóstico, esquema de indução e resposta terapêutica e reações adversas por consulta do processo clínico. Foram excluídos dois doentes: um por transferência de país, e outro por não ter concluído a fase de indução terapêutica.

Resultados: Foram incluídos 20 doentes (12 mulheres, 8 homens), com idade média de 53 anos no sexo feminino e 71 anos no sexo masculino. Os diagnósticos incluíram: anemia hemolítica autoimune ($n=6$), vasculite ANCA ($n=6$), e casos isolados de trombocitopenia imune por lúpus eritematoso sistémico (LES), púrpura trombocitopénica trombótica secundária a LES, nefrite lúpica, doença de IgG4, encefalite autoimune, pênfigo vulgar, síndrome pulmão-rim e artrite reumatoide. Nove doentes iniciaram indução em internamento e 11 em ambulatório. O esquema de indução de 2 tomas de 1g com intervalo de duas semanas foi administrado em 11 doentes, enquanto os restantes 9 realizaram o esquema de 375 mg/m² semanalmente durante 4 semanas.

A resposta terapêutica foi avaliada 3 a 6 meses após a última dose de indução, tendo-se observado remissão completa em 10 doentes e remissão parcial em 7, esta última definida pela necessidade de prednisolona >10 mg/dia e/ou persistência de manifestações clínicas.

Registaram-se 3 óbitos: 2 por progressão de doença no mês seguinte à indução e 1 por sépsis de foco respiratório 4 meses após a última toma de rituximab. Uma doente apresentou recorrência da anemia hemolítica autoimune no contexto de infeção por SARS-CoV2. Uma doente teve infeção grave a herpes zoster após rituximab.

Dois doentes com vasculite ANCA transitaram para manutenção com rituximab, encontrando-se ambos em remissão completa aos 12 e 24 meses, respectivamente.

Conclusões: O rituximab demonstrou uma elevada taxa de resposta em patologia imunomediada não oncológica, com 85% dos doentes a atingir remissão completa ou parcial, o que é consistente com a literatura. A mortalidade relacionou-se predominantemente com a progressão da doença de base, sendo apenas um óbito atribuível ao efeito imunossupressor do fármaco. Os resultados reforçam o papel do rituximab como opção terapêutica eficaz em prática clínica real. Contudo, são necessários estudos com maior dimensão amostral para melhor caracterização do seu perfil de segurança a longo prazo.

POA 218

A SÍNDROME BRASH ESTÁ ASSOCIADA COM A MORTALIDADE A LONGO-PRAZO?

Margarida Vinhas; Maria Inês Rocha; Ana Filipa Lopes; Lúcia Carreira-Marques; Inês Trancoso; Sofia Teixeira; Ana Catarina Alves; Ana Luísa Rodrigues; Mariana Lobo; Rita Gouveia; Hugo Veiga; Jorge Almeida; Ana Isabel Ferreira; Patrícia Lourenço

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A síndrome BRASH (bradicardia, insuficiência renal, bloqueio do nó auriculoventricular [AV], choque, hipercaliemia) pode ser fatal, mas o impacto na mortalidade a longo-prazo é desconhecido. Objetivo: avaliar se o BRASH é um fator de risco independente de mortalidade a longo-prazo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, de doentes internados em 2019 com codificação ICD-10: R001, R55, R57, I44, I45, I46, I49. Incluídos doentes com bradicardia e instabilidade hemodinâmica. Excluídos doentes com pacemaker prévio e submetidos a cirurgia valvular ou de revascularização miocárdica no internamento índice.

Crítérios de BRASH: frequência cardíaca <60bpm, choque, taxa de filtração glomerular <60mL/min/1,73m², potássio sérico (K) >5mEq/L, uso de bloqueadores do nó AV.

O estado vital dos doentes foi confirmado em Outubro 2026. Sobreviventes e não-sobreviventes foram comparados. O impacto do BRASH na mortalidade a longo-prazo foi avaliada com modelos multivariados de regressão de Cox.

Resultados: Identificados 419 doentes, dos quais 58 apresentavam BRASH. Durante uma média de 62 meses de seguimento, 231 (55,1%) doentes faleceram. Os não-sobreviventes eram mais velhos (81 vs 71, $p<0.001$), tinham pior função renal (42vs78mL/min/1.73m², $p<0.001$), hemoglobina mais baixa (11,7 vs 13,3g/dL, $p<0.001$) e K mais alto (4.5 vs 4.1, $p<0.001$). Estes tinham também mais comorbidades: diabetes *mellitus* (49,4 vs 29,8%, $p<0.001$), hipertensão arterial (74,2 vs 66,0%, $p=0.06$), fibrilhação auricular (27,7 vs 15,5%, $p=0.006$), insuficiência cardíaca (37,7 vs 14,9%, $p<0.001$) e doença cardíaca isquémica (321,2 vs 11,7). O BRASH foi mais prevalente nos não-sobreviventes (17,7 vs 10,6, $p=0.04$). Os doentes com BRASH apresentaram um *OR* de mortalidade por todas as causas de 2,04 (IC 95%: 1,48–2.82). Após ajuste multivariado para idade, função renal, K, hemoglobina e comorbidades, o BRASH não foi um preditor independente de mortalidade: *OR*=1,02 (IC 95%: 0,68–1,52).

Conclusões: O BRASH não aumenta o risco de mortalidade a longo-prazo. Sobrevivendo ao episódio agudo de BRASH, a mortalidade depende da idade e comorbidades.

POA 219

OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO EM DOENTES COM DEMÊNCIA: PERFIL, INDICAÇÕES, RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

Pedro Salvador¹; Margarida Midões²; Ricardo J Fernandes¹; Márcia Oliveira¹; Cátia Macedo¹; André Maia¹; Bárbara Silva¹

¹Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho; ²ULS Região de Aveiro

Introdução: Na síndrome demencial, a perda da capacidade de alimentação é frequente com a progressão da doença, exigindo cuidados individualizados que privilegiem a via oral. Na demência avançada, as recomendações preconizam a alimentação assistida por via oral em detrimento de ostomias. Estas últimas não demonstraram melhoria da sobrevivência, qualidade de vida ou redução de risco de pneumonia por aspiração, e associaram-se a complicações como infeções, contenção física e úlceras de pressão. O Objetivo do estudo foi analisar o impacto e as complicações das ostomias de alimentação em doentes com demência.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com síndrome demencial acompanhados em Cuidados Paliativos que colocaram ostomia de alimentação entre 2020 e 2024. Analisaram-se variáveis demográficas, estado funcional, comorbidades, discussão prévia de Objetivos de cuidados, complicações e sobrevida. Foi realizada análise comparativa entre demência avançada vs não avançada.

Resultados: Incluíram-se 79 doentes (mediana 81 anos; 52% homens), dos quais 35 apresentavam demência avançada. O grupo com demência avançada apresentou um PPS significativamente inferior (mediana 20% vs 30%; $p < 0,001$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos quanto à idade ou índice de Charlson.

A discussão de Objetivos de cuidados com Cuidados Paliativos antes da colocação da ostomia ocorreu em 57,1% dos casos de demência avançada (vs. 43,2%, diferença não estatisticamente significativa). Também não diferiram com significância estatística as indicações para a ostomia de alimentação, o método de colocação, e o local ou causa do óbito.

O tempo mediano até à primeira complicação foi de 63 dias na demência avançada (vs. 23 dias, diferença não significativa). O rácio complicações menor foi semelhante, de 1,0 por cada 365 dias de sobrevida. Dois doentes tiveram complicações imediatas, tendo uma sido diretamente responsável pela morte. A médio prazo, registaram-se complicações major em sete doentes (3 na demência avançada).

Conclusões: A colocação de ostomias de alimentação em doentes com síndrome demencial associou-se a morbilidade relevante. Os doentes com demência avançada apresentaram PPS significativamente inferior, refletindo maior fragilidade clínica no momento da intervenção. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre demência avançada e não avançada quan-

to às indicações para ostomia, complicações ou causas de morte. Registraram-se complicações maior e um óbito relacionado com o procedimento. A discussão prévia de Objetivos de cuidados ocorreu em cerca de metade dos casos. Estes resultados reforçam a necessidade de avaliação individualizada e de discussão atempada de Objetivos de cuidados na tomada de decisão.

POA 220

DE BASAL-BÓLUS A SPCI INTEGRADO: O PERFIL LIPÍDICO ACOMPANHA A EVOLUÇÃO DO CONTROLO GLICÉMICO?

Inês Ferreira Maia; Ana Carolina Andrade; Ruben Reis; Anneke Joosten

ULS Arco Ribeirinho

Introdução: Os sistemas de perfusão contínua de insulina (SPCI) mais recentes funcionam em modo integrado o que permite a atuação em *closed-loop*, utilizando a monitorização contínua de glicose intersticial. Tem benefício demonstrados no perfil glicémico e nas complicações agudas da diabetes. Este estudo prospetivo tem como principal Objetivo verificar se a evolução positiva já demonstrada no controlo glicémico após colocação de SPCI também se verifica no perfil lipídico, particularmente no colesterol LDL.

Material e métodos: Estudo prospetivo realizado numa amostra de 11 pessoas com diabetes tipo 1 que transitaram de insulino-terapia em esquema basal-bólus para SPCI integrado. Nesta amostra verificou-se que 54,5% dos indivíduos são do sexo feminino, 45,5% do sexo masculino e a média de idades é de 32,6 anos. Foram registados os dados referentes ao controlo glicémico (*time in range* (TIR), variabilidade glicémica e hemoglobina glicada (HbA1c)) e ao colesterol LDL antes da colocação de SPCI integrado e posteriormente no intervalo de 3 a 6 meses de utilização. Os dados foram recolhidos dos relatórios dos sensores de monitorização contínua da glicose intersticial e SPCI, consultados nas plataformas profissionais de gestão de doentes, e dos resultados laboratoriais de análises sanguíneas. De salientar que não existiram alterações na terapêutica com estatina no decorrer do tempo do estudo. A análise estatística dos dados foi realizada com funções do programa Excel®.

Resultados: Os valores médios previamente à colocação de SPCI eram TIR 49,5%, variabilidade glicémica 35,9%, HbA1c 8,3% e LDL 106 mg/dL. No intervalo de 3 a 6 meses após a colocação de SPCI integrado, os valores médios obtidos foram TIR 80,1%, variabilidade glicémica 30,7%, HbA1c 6,2% e LDL 104,2 mg/dL.

Conclusões: Observamos neste estudo que os ganhos glicémicos são notórios com a colocação de SPCI integrado, tendo-se verificado uma melhoria clara do TIR, variabilidade glicémica e de HbA1c. Relativamente ao perfil lipídico, esta melhoria não se verifica, sendo a média do LDL antes e após a colocação de SPCI so-

breponível, ainda que em alguns casos particulares se tenha registado algum benefício. É importante manter este seguimento e avaliação, prolongando o estudo por forma a investigar se existem ganhos no perfil lipídico ao longo do tempo. Com este trabalho conseguimos também identificar a necessidade de rever a atitude terapêutica relativamente ao perfil lipídico destes doentes de forma a diminuir o seu risco cardiovascular e incidência de complicações macrovasculares.

POA 221

ANÁLISE DESCRITIVA DE DOENTES COM AMILOIDOSE AL COM DISFUNÇÃO RENAL

Rita Maria Marques Gonçalves Ferreira Pinto; Catarina Silva; Cláudia Coelho; Sofia Marques; Bárbara Oliveira; Rui Costa

Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A amiloidose AL resulta de uma discrasia clonal de células plasmocitárias com produção excessiva de cadeias leves imunoglobulínicas, causando disfunção orgânica progressiva e morte. A incidência estimada é de 9,7–14 casos/milhão pessoa/ano nos EUA. O prognóstico melhorou com terapêuticas dirigidas ao clone plasmocitário e tratamentos do mieloma múltiplo adaptados.

Objetivo: Caracterizar a população com amiloidose AL, apresentação clínica, estadiamento, tratamento, resposta terapêutica e desfecho.

Material e métodos: Revisão retrospectiva dos processos clínicos de doentes com diagnóstico de amiloidose AL entre 2018 e 2025, com apresentação inicial renal.

Resultados: Foram avaliados 18 doentes, 56% (n=10) feminino e 44% (n=8) masculino, com idade média de ~70.1 anos (52-90 anos).

A primeira manifestação foi envolvimento renal: ~77% (n=14) síndrome nefrótica (proteinúria média ~9.1g/24h e albumina média de ~2.7g/dL). Um terço dos doentes cursou com hematúria.

Todos realizaram biópsia renal confirmativa. Metade tinha envolvimento dos 4 compartimentos, com predomínio glomerular e ~16% com >50% dos glomérulos esclerosados. A imunofluorescência foi positiva em 94% (n=17), restrição kappa em 16% e lambda em 77%.

Observou-se envolvimento cardíaco em 67%, disfunção autonómica em 39%, neuropatia periférica em 27% e um caso de macroglossia.

A doença hematológica subjacente foi MGUS em 50%, mieloma múltiplo em 28%, gamapatia monoclonal em 17% e macroglobulinemia de Waldenström num doente. Pela classificação Mayo 2004: estágio I em 33%, II em 39% e III em 28%.

Dos 17 doentes seguidos, 24% eram elegíveis para transplante autólogo, não realizado por contraindicação. A primeira linha foi DaraCyBorD em 9 doentes, CyBorD em 6 e CyBorD+rituximab em 1. Um não realizou terapêutica dirigida. Suspensão em 5 casos (2 óbito, 2 infeção e 1 toxicidade).

Observou-se resposta hematológica muito favorável, com 55% dos doentes a atingirem *very good partial response* (VGPR) e 45% resposta completa. A resposta cardíaca foi favorável em 5 doentes (4 VGPR e 1 parcial), enquanto a renal foi menos satisfatória, com 46% sem resposta.

A mortalidade foi 35% (n=6) (3 infecção, 2 progressão da doença e 1 por outra causa).

Conclusões: A amiloidose AL é geralmente uma doença rápida e progressiva, que exige uma elevada suspeição clínica para um diagnóstico precoce.

A sobrevida dos doentes depende sobretudo da gravidade da disfunção cardíaca ao diagnóstico, conforme a classificação de Mayo 2004 (troponina T e o NT-pro-BNP). O estadiamento distribuiu-se de forma equilibrada e a ausência de envolvimento cardíaco em cerca de um terço poderá ter contribuído para um desfecho mais favorável.

A maioria apresentava MGUS como doença hematológica subjacente. Novos métodos diagnósticos, como a avaliação da N-glicosilação das cadeias leves kappa monoclonais, poderão permitir a identificação mais precoce de amiloidose AL em doentes com esta patologia.

POA 222

PERFIL CLÍNICO DOS DOENTES INTERNADOS COM GRIPE A

Cláudia Nunes¹; Beatriz Mata Dos Santos²; Inês Domingues¹; Patrícia Santos¹; Vanda Spencer¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A gripe A é uma infecção respiratória causada pelo vírus Influenza A que acarreta grande morbimortalidade. A maioria dos doentes saudáveis recupera em cerca de 5 dias, populações mais vulneráveis como crianças, grávidas, idosos, doentes imunossuprimidos e com doenças crónicas têm um maior risco de doença severa. A vacinação está disponível e reduz a necessidade de hospitalização. A terapêutica disponível com Oseltamivir tem demonstrado reduzir o tempo de hospitalização e a mortalidade.

Os autores apresentam um estudo com o principal Objetivo de caracterizar a população de doentes internados com infecção por Influenza A.

Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo e incluiu doentes com diagnóstico confirmado por PCR de infecção por Influenza A internados na enfermaria de isolamento ao cuidado de uma tira de enfermaria de Medicina Interna admitidos entre 01 de janeiro de 2025 e 31 de dezembro de 2025, totalizando 11 doentes.

Resultados: A maioria dos doentes eram mulheres (63.64%; n=7) e tinham uma mediana de idade de 78.5 anos. Recorrendo ao *Charlson Comorbidity Index* verificámos que a maioria dos doentes tinha um score igual ou superior a 5 (63.64%; n=7). As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (100%;

n=11), dislipidemia (63.64%, n=7), diabetes mellitus tipo 2 (45.45%; n=5), fibrilhação auricular (27.27%, n=3), insuficiência cardíaca (18.18%, n=2). A admissão 54.55% (n=6) dos doentes tinham exacerbação de uma doença crónica prévia, principalmente patologia cardiovascular. Apenas 18.18% (n=2) dos doentes tinham sido vacinados contra a gripe sazonal. 90.91% (n=10) necessitaram de oxigenioterapia à admissão, contudo nenhum necessitou de oxigénio à data da alta. Dos doentes que necessitaram de oxigénio suplementar, 2 tiveram de ser conectados a VNI transitoriamente, ambos com patologia pulmonar de base. Todos os doentes foram tratados com oseltamivir durante 5 dias. A maioria dos internamentos (63.64%; n=7) teve uma duração superior a 1 semana, em que houve pelo menos uma intercorrência durante o internamento (63.64%; n=7). No entanto, verificámos apenas 2 óbitos (18.18%).

Conclusões: A população com necessidade de internamento por gripe A é na sua maioria composta por doentes idosos, já com diversas comorbilidades, principalmente fatores de risco cardiovasculares. A descompensação de uma destas patologias de base é frequente e condiciona internamentos prolongados, mesmo com a toma atempada de Oseltamivir. Apesar da amostra ser reduzida, constatámos que os fatores individuais dos doentes parecem ser o principal preditor da evolução no internamento. Verificámos também que as taxas de vacinação são baixas nos doentes internados, pelo que seria importante intensificar as campanhas de vacinação e a sensibilização dos doentes para a sua importância.

POA 223

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO E ANTIBIOTERAPIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Beatriz Mendes Fernandes; Ana Barradas; Carolina Amado; Sofia Pimenta; Clara Pinto; Carolina De Melo Marçal

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

As infeções constituem uma das causas mais frequentes de internamento hospitalar e de prescrição de antibióticos em enfermarias de Medicina Interna.[1,2] A monitorização da prevalência de infeção e dos padrões de antibioterapia é fundamental para otimizar a prática clínica e apoiar estratégias de *stewardship* antimicrobiano.

Realizou-se um estudo observacional retrospectivo com o Objetivo de avaliar a prevalência de infeções e a utilização de antibioterapia nos doentes internados em quatro enfermarias do serviço de Medicina Interna de um hospital distrital, durante um dia escolhido aleatoriamente. Foram recolhidos dados relativos a aspetos demográficos, à presença e foco de infeção, cumprimento de critérios de sépsis, resultados microbiológicos e antibioterapia instituída.

Foram incluídos 91 doentes, internados a 1 de setembro de 2025, com mediana de idades de 82 anos e predominância do sexo masculino (57%). A duração

média do internamento foi de 19 dias. As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial (68%), dislipidemia (65%) e diabetes *mellitus* (35%), sendo que 48% dos doentes apresentavam pelo menos um fator de imunossupressão. No total, 80% dos doentes apresentavam pelo menos uma infeção e foram identificadas 97 infeções, correspondendo a uma taxa de 1,07 infeções por doente. Destas, 85% (n=82) eram bacterianas, 6% (n=6) víricas, 3% (n=3) víricas sobreinfetadas e 1% (n=1) fúngica. Sessenta e sete por cento (n=65) estavam presentes à admissão e 33% (n=32) foram adquiridas em ambiente hospitalar. As infeções mais frequentes foram as do trato respiratório (35%) e do trato geniturinário (34%), tendo 5% complicado com bacteriemia. Entre os doentes com infeção, 12% apresentavam critérios de sépsis (qSOFA $\geq$ 2). Em 54% (n=49) das infeções assumidas como bacterianas foi possível obter isolamento microbiológico, sendo *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* os microrganismos mais frequentemente identificados. Relativamente à antibioterapia, 40% (n= 36) das infeções assumidas como bacterianas encontravam-se sob terapêutica empírica e 54% (n= 49) sob terapêutica dirigida. Durante o internamento, 16% das infeções necessitaram de escalonamento e 3% de descalonamento antibiótico. A mortalidade intra-hospitalar por causas infecciosas foi de 9%.

Nesta população, maioritariamente idosa, internada em Medicina Interna, verificou-se uma elevada prevalência de infeções, quer como motivo de admissão, quer como complicação adquirida durante o internamento. As infeções respiratórias e do trato urinário foram as mais frequentes, com uma proporção relevante de casos complicados por bacteriemia. Destaca-se a baixa taxa de isolamento microbiológico nesta amostra. Observou-se uma elevada carga de doença infecciosa e de utilização de antibióticos, pelo que estes dados sublinham a necessidade de reforçar estratégias de prevenção e otimização do uso de antibióticos neste contexto assistencial, com programas de *stewardship* antimicrobiano.

POA 224

PERCEÇÃO DOS INTERNOS DE MEDICINA SOBRE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA EM PORTUGAL

Pedro Reboredo; Paula Nogueira; Ana Morgado; Rita Domingos; Ana Sara Monteiro; Cristina Sousa; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça Peixe

Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A hospitalização domiciliária (HD) constitui uma alternativa ao internamento convencional, permitindo a prestação de cuidados hospitalares no domicílio com qualidade e segurança comparáveis. Em Portugal, este modelo tem vindo a expandir-se progressivamente, contudo a perceção e o conhecimento dos médicos em formação sobre a HD permanecem pouco caracte-

rizados. Este estudo teve como Objetivo avaliar a perceção dos internos de medicina relativamente à HD em Portugal, incluindo o seu nível de conhecimento, experiências prévias e opinião sobre benefícios e desafios.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal, baseado na aplicação de um questionário online a internos de medicina de diferentes especialidades e formação geral.

Resultados: Participaram 42 internos (81% sexo feminino; mediana de idades 31,5 anos), sendo 35,7% de Medicina Interna, 40,5% de outras especialidades e 23,8% de Formação Geral. A maioria pertence à Unidade Hospitalar de Faro (85,7%). Todos haviam ouvido falar de HD, 57,1% tiveram contacto direto com esta e 61,9% desconhecem os critérios de admissão. A média de autoavaliação sobre o funcionamento básico das unidades de HD foi 3,6/5, mas 78,6% nunca teve formação formal sobre o tema. Perceção sobre HD: 76,2% consideram não poder existir admissões diretamente do domicílio e 100% consideram-na alternativa válida em casos selecionados. Quanto à qualidade, 78,6% consideram-na igual à hospitalar e 16,7% superior e relativamente à segurança, 64,3% igual e 28,6% melhor no hospital. 38,1% consideram que a HD pode aumentar a sobrecarga das famílias/cuidadores; 50% discordam que a HD dificulte a deteção precoce de complicações clínicas; 54,7% consideram que o acesso a exames/atos médicos urgentes possa ser mais limitado em HD; 54,7% discorda que a adesão terapêutica pode ser mais difícil de monitorizar em casa; 78,6% consideram que existem custos para o doente decorrentes da HD. Principais desafios apontados: falta de recursos e limitações geográficas. Benefícios identificados: maior conforto, menor risco de infeções e redução de custos para o SNS.

Conclusões: Os resultados demonstram elevada aceitação da HD entre internos de medicina, que reconhecem benefícios relevantes, nomeadamente maior conforto para o doente, menor risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e potencial redução de custos para o sistema de saúde. Contudo, identificaram-se lacunas importantes no conhecimento dos critérios de admissão e escassa formação formal sobre este modelo assistencial. Estes achados são consistentes com estudos internacionais que descrevem perceção globalmente favorável da HD, mas também necessidade de maior integração deste tema na formação médica. O reforço da formação nesta área poderá contribuir para uma utilização mais adequada e informada deste modelo de cuidados.

POA 225

A SÍNDROME BRASH É UM PREDITOR INDEPENDENTE DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR?

Maria Inês Rocha; Lúcia Carreira-Marques; Inês Trancoso; Margarida Vinhas; Ana Filipa Lopes; Catarina Alves; Ana Luísa Rodrigues; Mariana Lobo; Sofia Teixeira; Rita Gouveia; Hugo Veiga; Jorge Almeida; Ana Isabel Ferreira; Patrícia Lourenço

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A síndrome BRASH (bradicardia, insuficiência renal, bloqueio do nó auriculoventricular [AV], choque, hipercaliemia) é resistente às terapêuticas convencionais, com risco de rápida deterioração clínica e morte. Objetivo: avaliar se o BRASH constitui um preditor independente de mortalidade intra-hospitalar.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, incluiu doentes internados em 2019 com códigos de ICD-10 à data de alta: R001, R55, R57, I44, I45, I46, I49. Incluídos doentes com bradicardia e instabilidade hemodinâmica. Excluídos doentes já portadores de pacemaker e aqueles submetidos a cirurgia valvular ou de revascularização miocárdica no internamento índice.

Crítérios de BRASH: frequência cardíaca <60bpm, choque, taxa de filtração glomerular <60mL/min/1,73m², potássio sérico >5mEq/L, uso de bloqueadores do nó AV. O *outcome* foi mortalidade intra-hospitalar. A associação entre BRASH e mortalidade intra-hospitalar foi avaliada com modelos de regressão logística binária multivariável.

Resultados: Foram identificados 419 doentes, dos quais 58 apresentavam BRASH. Trinta e seis (8,6%) morreram durante o internamento: 26 (7,2%) sem BRASH, 10 (17,2%) com BRASH ($p=0,01$). Os não sobreviventes tinham pior função renal e maior prevalência de insuficiência cardíaca (IC). A implantação de pacemaker foi mais comum nos sobreviventes; os não sobreviventes necessitaram mais de terapêutica de substituição renal (TSR). Os grupos foram semelhantes quanto à idade, sexo, comorbilidades (exceto IC) e uso de bloqueadores do nó AV ou inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. O BRASH foi mais prevalente nos não sobreviventes (27,8% vs 12,5%; $p=0,01$).

Os doentes com BRASH apresentaram um *OR* de mortalidade intra-hospitalar de 2,68 (IC de 95%: 1,22–5,91). Após ajuste multivariável para idade, sexo e IC: *OR* de 2,44 (IC 95%: 1,08–5,49); após ajuste adicional para creatinina, potássio e uso de bloqueadores do nó AV: *OR* de 4,64 (IC 95%: 1,38–15,6); após ajuste para implantação de pacemaker e TSR: *OR* de 2,33 (IC 95%: 1,03–5,27).

Conclusões: Entre os doentes hospitalizados com bradicardia e instabilidade hemodinâmica, aqueles com BRASH apresentaram um risco ajustado multivariável de morte 2 vezes superior aos doentes sem BRASH.

Assim, o BRASH constitui um preditor independente de mortalidade intra-hospitalar.

POA 227

A MEDICINA INTERNA NA GESTÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO EM INTERNAMENTO: CASUÍSTICA DE 1 ANO

Catarina Gomes Rosa; Rita Pocinho

Hospital de São José

Introdução: A Medicina Interna (MI) é central na abordagem do doente oncológico em internamento, onde muitas vezes se realiza o diagnóstico, a gestão das intercorrências agudas, a articulação multidisciplinar e o suporte em fases avançadas.

Objetivos: Caracterizar a população com doença oncológica ativa internada na MI - demografia, características da doença, motivo de internamento e mortalidade intra-hospitalar.

Material e métodos: Estudo retrospectivo observacional dos doentes internados com o diagnóstico de neoplasia ativa numa enfermaria de MI de um hospital terciário entre janeiro e dezembro de 2025. Excluídas neoplasias em remissão há >10 anos. Dados obtidos através da revisão de processos informatizados na plataforma SClinico®.

Resultados: Dos 566 doentes internados, 15% de doentes oncológicos com neoplasia ativa ($n=84$). Média de idade de 72 anos, 57,1% do sexo masculino. Em relação ao performance status, 55% com ECOG PS ? 2. 49% classificados como estadio IV. Do total, 7% eram seguidos em ambulatório por Cuidados Paliativos. Durante o internamento 26% dos doentes foram referenciados à Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos. Neoplasias mais prevalentes: hematológica (17%), colorretal (14%) e pulmão (14%). O motivo de internamento mais frequente (36%) foi diretamente relacionado com a doença oncológica - a necessidade de controlo sintomático/cuidados de fim de vida correspondeu a 30% destes (11% do total). As infeções foram o 2º motivo de internamento mais frequente (30%). Dos 24% de diagnósticos inaugurais durante o internamento, 60% apresentava-se em estadio IV (com uma mortalidade intra-hospitalar de 45%) e 25% correspondiam a tumores primários ocultos. Nos diagnósticos de novo, 45% foram discutidos em reunião multidisciplinar; 25% referenciados à Oncologia/Hemato-Oncologia, 10% à Cirurgia Oncológica e 30% foram submetidos a tratamento com quimioterapia. Média de internamento total de 20 dias (demora média global da enfermaria de 14 dias). Taxa de mortalidade intra-hospitalar de 27,4%, sendo que a da enfermaria no mesmo período foi de 15%.

Conclusões: Os doentes oncológicos internados na MI apresentam frequentemente doença avançada. A percentagem de diagnósticos inaugurais foi relevante, a maioria já em estadio IV, com um pior prognóstico e

mortalidade intra-hospitalar elevada, alertando para a necessidade de rastreio precoce e acesso atempado a cuidados de saúde. O elevado número de internamentos para controlo sintomático e cuidados de fim de vida contrasta com o baixo número de seguimentos prévios por Cuidados Paliativos, corroborando a necessidade de referenciação mais precoce e de reforço destas equipas, podendo evitar internamentos e eventualmente o óbito em enfermaria de cuidados agudos. Sublinha-se o papel estruturante da MI na gestão do doente oncológico complexo em todo o seu percurso, contribuindo para a articulação multidisciplinar e promovendo a continuidade e adequação de cuidados.

POA 228

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-ANALÍTICA DE DOENTES INTERNADOS POR MONONUCLEOSE INFECCIOSA

Joana Serranho; Luís Siopa; Ana Oliveira; Abel Branco; Tetiana Baiherych; Joana Jardim; Beatriz Vital
Hospital de Santarém

Introdução: A mononucleose infecciosa é tradicionalmente uma doença benigna e autolimitada, contudo, uma pequena percentagem apresenta manifestações potencialmente graves, nomeadamente o envolvimento hepático e hematológico. A caracterização clínico-analítica dos doentes que necessitam de internamento permanece pouco descrita. Neste contexto, este trabalho tem o intuito de estudar de forma mais detalhada os doentes internados por mononucleose infecciosa.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo monocêntrico, incluindo 19 adultos internados entre 2022 e 2025 com o diagnóstico de mononucleose infecciosa. Realizou-se uma análise descritiva das variáveis demográficas, clínicas, laboratoriais e imagiológicas, bem como a análise de fatores associados à maior duração de internamento (> 6 dias) e à ocorrência de complicações.

Resultados: A idade média da população foi de 32 anos com predomínio masculino (52,6%). A febre foi o sintoma mais frequente (89,5%), seguida de odinofagia (47,4%), vômitos (31,6%), mal-estar geral (31,6%), dor abdominal (26,3%), mialgias (23,7%), tosse seca (21,1%), anorexia (21,1%) e urina escura (21,1%). Ao exame Objetivo, os achados mais frequentes foram dor abdominal generalizada, adenopatias cervicais e orofaringe hiperemiada (21,1% cada) e icterícia, esplenomegalia, hepatomegalia ou hepatoesplenomegalia (10,5% cada). Analiticamente, observou-se linfocitose reativa (68,4%), citólise hepática (68,4%), leucocitose (36,8%), trombocitopenia (36,8%), neutropenia (21,1%) e anemia (15,8%). O vírus *Epstein-Barr* foi responsável por 63,2% dos casos. Na imagiologia evidenciou-se esplenomegalia (31,6%), hepatomegalia (26,3%) e enfarte esplênico (5,3%). A duração média de internamento foi de 6 dias. No internamento, verificaram-se complicações em 31,6% dos casos e

associaram-se a maior duração de internamento, destacando-se amigdalite bilateral e sobreinfecção bacteriana (10,5% cada), além de enfarte esplênico e lesão hepática aguda (5,3% cada).

Conclusões: Na população estudada, o envolvimento hepático e hematológico constituiu o principal motivo de internamento por mononucleose infecciosa. Durante o internamento, apesar da evolução globalmente favorável, observaram-se complicações em cerca de um terço dos doentes, associadas a internamentos mais prolongados, destacando-se amigdalite bilateral e sobreinfecção bacteriana, bem como enfarte esplênico e lesão hepática aguda.

POA 229

FIRST DO NO HARM... TO THE KIDNEY – LESÃO RENAL NOS PRIMEIROS DIAS DE INTERNAMENTO

Rita Maria Pomba Palma Féria; Pedro Moules; Telma Cabral; Pedro Neto Pinto; Fernando Martos Gonçalves; Ana Grilo
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A lesão renal é frequente nos doentes internados e está associada a um risco aumentado de morbimortalidade. Apesar de nem todos os casos de lesão renal serem evitáveis por se associarem a doença subjacente ou complicação de terapêutica necessária, uma parte poderá ser prevenível.

Objetivo: Este estudo teve como Objetivo caracterizar a prevalência de lesão renal e a sua evolução nos primeiros dias de internamento nos doentes de um serviço de medicina interna, bem como descrever factores contribuintes para a mesma.

Material e métodos: Trata-se de um estudo transversal de um dia dos 120 doentes internados no Serviço de Medicina Interna, tendo sido colhidos dados através de consulta do processo clínico, com avaliação de: caracterização clínica, creatinina sérica prévia, à admissão e em reavaliações nas primeiras 24, 48 e >48 horas, presença de critérios de lesão renal, parâmetros hemodinâmicos, prescrição de diuréticos, fluidos ou fármacos nefrotóxicos neste período.

Resultados: A média de idades verificada foi de 76 anos, com uma distribuição equitativa entre os sexos. A salientar como principais comorbilidades a hipertensão arterial (75%, n=91), diabetes mellitus tipo 2 (38%, n=45), insuficiência cardíaca (28%, n=34) e obesidade (26%, n=31). Destaca-se ainda a presença de doença renal crónica em 21% dos doentes (n=25). Os motivos de internamento mais frequentes foram as infeções (45%, n=54) e as doenças cardiocerebrovasculares (38%, n=45).

A lesão renal encontrava-se presente à admissão em 27% dos doentes (n=32), evoluindo nas primeiras 72 horas favoravelmente em 47% (n=15) e desfavoravelmente em 53% (n=17).

Nas primeiras 24 horas de internamento verificou-

-se o aparecimento de critérios de lesão renal aguda em 10% dos doentes (n=12), com um aumento para 11,7% (n=14) nas primeiras 48 horas e 24,2% (n= 29) nas primeiras 72 horas.

Do ponto de vista hemodinâmico 15% dos doentes (n=18) teve pelo menos um registo de hipotensão com PAS<100mmHg. Neste período 38% dos doentes (n=45) tiveram diuréticos prescritos, 28% (n=33) fluidoterapia e 19% (n=23) outros nefrotóxicos (contraste iodado (n=15), anti-inflamatórios não esteróides (n=3) e vancomicina/gentamicina (n=4)).

Conclusões: Este estudo alerta para uma elevada prevalência de desenvolvimento de lesão renal durante o período inicial de internamento, sendo que, apesar de não permitir inferir causalidade, salienta a iatrogenia como possível factor preponderante.

POA 230

CARACTERIZAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DOS DOENTES INTERNADOS NA MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL (GRUPO D)

Bruno António Fernandes¹; Pedro Moules¹; Clarisse Campos¹; Mafalda Mateus Rola²; Fernando Martos Gonçalves¹; Ana Grilo¹

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²IPO Lisboa

Introdução: O internamento hospitalar, particularmente em doentes de idades avançadas e com múltiplas comorbilidades, é frequentemente necessário para controlo e tratamento de patologia aguda ou crónica agudizada. Contudo, associa-se também a alguns problemas, os quais tendem a aumentar com a sua duração. Para além do risco acrescido de intercorrências infecciosas, potencia também o declínio progressivo da capacidade funcional global dos doentes, com consequente aumento do risco de complicações intra e pós-internamento.

Neste contexto, torna-se fundamental implementar precocemente programas estruturados de reabilitação física nos doentes internados, de forma a minimizar o declínio funcional, nomeadamente ao nível da marcha. A capacidade funcional da marcha pode ser avaliada através da escala *Functional Ambulation Categories* (FAC), que classifica os doentes de acordo com o grau de autonomia na deambulação, independentemente da utilização de auxiliares de marcha. A sua utilização durante o internamento permite otimizar estratégias terapêuticas individualizadas, reduzir complicações e melhorar o estado funcional à data da alta.

Objetivo: Caracterizar a capacidade funcional da marcha, através da escala FAC, dos doentes internados na enfermaria de Medicina Interna do Hospital (grupo D).

Materiais e métodos: Realizou-se um estudo observacional, transversal, com avaliação da capacidade funcional da marcha durante uma manhã, incluindo todos os doentes internados na enfermaria de Medicina Interna independentemente do motivo de internamento ou das suas comorbilidades. Foram excluídos os doentes

que, embora internados na enfermaria, estavam atribuídos a outras especialidades médicas.

A avaliação da marcha foi efetuada utilizando a escala FAC, após explicação prévia do objectivo do estudo a cada doente. Recolheram-se ainda dados clínicos e sociodemográficos, tanto através de entrevista direta como de consulta do processo clínico.

Resultados: Foram incluídos 124 doentes, 59 do sexo masculino (47,58%) e 65 do sexo feminino (52,42%), com idade de $77,84 \pm 11,98$ anos. O índice de Barthel à admissão foi de $34,91 \pm 36,59$ pontos, refletindo uma elevada dependência nas atividades de vida diária. Antes do internamento atual (duração média de $44,56 \pm 65,92$ dias), 57 doentes (45,97%) deambulavam autonomamente sem apoio e apenas 13 doentes (10,48%) não deambulavam.

À data da avaliação, a aplicação da escala FAC revelou que 91 doentes (73,39%) apresentavam dependência significativa na marcha (FAC 0-2), sendo que 58 (46,77%) não deambulavam (FAC 0).

Verificou-se uma correlação negativa entre o número de dias do internamento e o valor da FAC ($r = -0,284$; $p = 0,001$), bem como entre a idade e a FAC ($r = -0,227$; $p = 0,011$).

Conclusões: Independentemente do motivo de internamento, observou-se uma elevada dependência funcional nos doentes internados em Medicina Interna. A utilização sistemática da escala FAC permite caracterizar objetivamente a autonomia da marcha e identificar os doentes que poderão beneficiar de reabilitação motora precoce, com potencial redução do tempo de internamento e melhoria do prognóstico funcional e global.

POA 231

PROJETO DE APOIO DA MEDICINA INTERNA A ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Vanessa Ventura Vieira

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Foi criada em 2025 a Unidade de Apoio da Medicina Interna a Especialidades Cirúrgicas, tendo sido destacado 1 médico Internista para cumprir os Objetivos deste Projeto. Estes Objetivos consistiram em Identificar comorbilidades não reconhecidas e fatores de risco para complicações médicas na cirurgia; Otimizar a condição médica peri-operatória; Reconhecer e tratar potenciais complicações; Trabalhar ativamente com os colegas da equipa peri-operatória (anestesiistas e cirurgiões), bem como a equipa de enfermagem; Solicitar parecer a outra especialidade médica, sempre que necessário; Diminuir o tempo entre a admissão hospitalar e a cirurgia; Diminuir o tempo de internamento e melhorar o custo-efetividade do mesmo, diminuindo complicações peri-operatórias; Funcionar como elo entre o hospital e os cuidados de saúde primários; Coordenar os cuidados hospitalares e Facilitar o plano terapêutico na alta e respetivo *follow-up*. Desta forma, durante 10.5

meses do Ano de 2025 (1 Janeiro a 30 de Junho e de 15 de Agosto até 31 de dezembro) foram avaliados em regime de apoio de Medicina Interna um total de 122 doentes, com acompanhamento desde a admissão até à alta dos mesmos. Para melhora caracterizar a população observada verificou-se que se observaram 71 doentes de Ortopedia, 29 de Cirurgia Vascular, 11 de Urologia, 9 de ORL e 2 de Estomatologia. Por especialidade observou-se mais doentes do género masculino nas especialidades de Cirurgia Vascular, Urologia e ORL. O oposto ocorreu com Ortopedia. Verificou-se que a média de idades foi superior nos doentes em Ortopedia. Avaliou-se também o tempo entre a admissão e a cirurgia, sendo que foi na cirurgia vascular que este tempo foi mais prolongado. Quanto à média da duração de Internamentofoi na ORL e na Cirurgia Vascular que os doentes passaram mais tempo. Analisou-se também os principais motivos de Internamento, sendo que em Ortopedia a maioria dos doentes foi internada por fratura de colo de fémur, na Cirurgia Vascular foram as isquémias agudas dos Membros que mais internamentos motivaram. Relativamente às comorbilidades principais dos doentes, a mais prevalente foi o Défice de Vit D, seguindo-se da Anemia, da Hipertensão Arterial, Dislipidémia, Desnutrição calorico-proteica, Doença Renal Crónica, Distúrbios Hidroeletrolíticos e da Diabetes mellitus tipo 2.

Foram ainda analisados os principais motivos (em alguns doentes assinalado mais que 1) pelos quais os cirurgiões pedem o apoio da Medicina Interna, sendo que o principal foi a necessidade de otimização da condição médica perioperatória (64% dos casos), seguindo-se da identificação de co-morbilidades não reconhecidas e fatores de risco para complicações médicas na cirurgia (44%), Reconhecimento e tratamento de potenciais complicações médicas (38%), Facilitação do plano de tratamento na alta e respetivo *follow-up* (20%), Outros motivos em 17% dos casos.

POA 232

ESTUDO RETROSPETIVO SOBRE COAGULAÇÃO NO NOSSO HOSPITAL

Rute Margarida Mendes; Andrea Naddaf Duarte; Elena Pirtac; Francisca Delerue

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A Coagulação intravascular disseminada (CIVD) é uma doença adquirida e potencialmente fatal com índice de mortalidade de 40% caracterizada por ativação sistémica da coagulação, fibrinólise desregulada e lesão endotelial. Surge em diversas patologias: sepsis, neoplasias, complicações obstétricas, trauma. Objetivo do estudo é analisar doentes com o diagnóstico de CIVD, causas subjacentes, critérios de diagnóstico utilizados, resposta ao tratamento inicial e evolução.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, com consulta dos processos clínicos, de doentes internados entre

2017 e 2024 com o diagnóstico de coagulação intravascular disseminada. Foram excluídos os casos que não se enquadravam e os dados foram analisados com recurso ao programa Excel.

Resultados: Verificou-se 104 doentes com o diagnóstico neste período temporal, com média de idades de 60 anos, 57.7% do sexo masculino, apenas 51 doentes (49%) se enquadravam nesta doença. Estes estavam maioritariamente ao cargo da Medicina Intensiva, Medicina Interna, Gastroenterologia, Obstetrícia e Cirurgia Geral. 78% destes doentes forma internados na Unidade de Cuidados Intensivos devido a gravidade do quadro clínico com disfunção multiorgânica. Sepsis foi a causa mais frequente seguida de neoplasia e trauma. Em 88.2% esta condição manifestou-se com discrasia hemorrágica. Verificou-se trombocitopenia com plaquetas inferiores a 50/ μ L em 64.71% dos doentes, 80.4% com aumento do tempo de protrombina superior a 6 segundos, 45.1% com fibrinogénio inferior a 100mg/dl e D-dímeros superior a 7 vezes o limite superior do normal em 25.5% dos casos. Todas estas alterações dão pontuação máxima no Score criado para determinar a presença de Coagulação intravascular disseminada, mostrando a sua eficácia. A destacar que, em cerca de 60.8% dos casos não foi pesquisado o valor dos D-dímeros, o que prejudica a contabilização do score. Em 72.5% dos doentes foi administrado concentrado plaquetário e plasma fresco congelado, seguido do fibrinogénio em 59% dos doentes. Dos incluídos, 15 conseguiram recuperar e 36 acabaram por falecer. Foram excluídos 53 por não apresentarem eventos trombóticos ou hemorrágicos que se enquadravam no quadro de CIVD.

Conclusão: CIVD é uma condição desafiadora que requer uma abordagem proativa e multidisciplinar da equipa de saúde, a fim de otimizar os resultados clínicos e reduzir a mortalidade associada. A identificação imediata deste quadro é essencial para que haja uma intervenção certa, resolutiva e que seja capaz de corroborar com um bom desfecho clínico. Torna-se necessário que cada vez mais as pesquisas se aprimorem, principalmente em relação ao diagnóstico e tratamento, para que, consequentemente, o cuidado prestado ao paciente seja mais efetivo, reduzindo as complicações e mortalidade. O estudo mostra-nos que há muito a melhorar no diagnóstico desta doença, necessidade de renovar conhecimento e criação de protocolos para uniformizar a abordagem destes doentes.

POA 233

DIABETES MELLITUS E O CORAÇÃO – UM DOCE PROBLEMA

Sara Frazão De Brito¹; João Horta Antunes¹; André Santos¹; Francisco Gonçalves²; Bárbara Picado¹

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: De acordo com o Programa Nacional para a Diabetes, estima-se que em Portugal, em 2024, cerca de 1,1 milhão de adultos em Portugal viviam com diabetes. Relativamente às complicações macrovasculares da diabetes, a doença coronária é a forma mais letal, com a insuficiência cardíaca a ser a 2ª manifestação mais comum. A evidência demonstra ainda que controlo glicémico intensivo na diabetes mellitus tipo 2 reduz o risco de complicações microvasculares, tendo um efeito menos consistente na redução de complicações macrovasculares.

Material e métodos: Consistiu num estudo observacional transversal retrospectivo. Foram seleccionados todos os doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Cardíacos bem como em Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada em que o principal motivo de internamento foi insuficiência cardíaca descompensada ou síndrome coronário agudo, de 01-09-2025 a 30-09-2025. Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico, posteriormente analisados com recurso a Excel®.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 84 doentes, sendo 23,8% (n = 20) do sexo feminino e 76,2% (n = 64) do sexo masculino; 60,7% (n = 51) eram não diabéticos e 39,3% (n = 33) eram diabéticos (dos quais a maioria tipo 2, um tipo 1 e um associado a corticoterapia). Observando o grupo de doentes diabéticos, a hemoglobina glicada (HbA1c) média foi 7,1% (mínimo 4,6%, máximo 13,1%). Comparando doentes diabéticos versus não diabéticos, de um total de 50 doentes com insuficiência cardíaca, a prevalência de insuficiência cardíaca no grupo não diabéticos foi superior com 64,7% (n=33), contudo quando observado a presença de etiologia isquémica destaca-se o grupo de diabéticos em 88,2% (n=15). Adicionalmente, olhando para os 49 casos de síndrome coronário agudo, 75,8% (n=25) ocorreram no grupo de diabéticos, contrastando com 47,0% (n=24) no grupo não diabéticos. Relativamente à distribuição da doença por atingimento de vaso, não foi possível encontrar diferenças entre os dois grupos dado a amostra pequena. Incluindo também os antecedentes de cardiopatia isquémica, verifica-se uma prevalência clara pelo grupo de diabéticos com 90,9% (n=30) versus não diabéticos com 60,8%.

Conclusões: A diabetes mellitus está associada a um maior risco cardiovascular, havendo vários scores que o destacam. Os dados obtidos ilustram que a doença cardiovascular é mais prevalente no sexo masculino; a maior prevalência da insuficiência cardíaca de etio-

logia isquémica, de síndrome coronário agudo e de cardiopatia isquémica no grupo de doentes diabéticos demonstra este risco cardiovascular aumentado, devendo ser uma das preocupações essenciais no doente diabético; adicionalmente, a média de HbA1c de 7,1% com elevado número de casos de insuficiência cardíaca e síndrome coronário agudo, demonstra que o controlo glicémico não é suficiente para diminuição do risco cardiovascular, devendo ser integrado num paradigma multifatorial com diversas intervenções.

POA 234

A DREPANOCITOSE ENTRE 2023-2024 NUM HOSPITAL DISTRITAL

Sara Frazão De Brito; João Horta Antunes; André Santos;

Telma Costa Cabral; Bárbara Picado

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A drepanocitose é uma hemoglobinopatia hereditária associada a elevada morbilidade e mortalidade a nível global, relacionando-se com múltiplas complicações clínicas e impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, continua a representar um importante desafio.

Material e métodos: Foram seleccionados os doentes com drepanocitose em 2023 e 2024, num hospital distrital, que apresentaram um episódio de internamento ou de serviço de urgência (SU) relacionado com a doença. Através da consulta do processo clínico, foi realizada a caracterização demográfica dos doentes, caracterização de cada episódio, do tratamento em curso e seguimento em consulta.

Resultados: Foram identificados 32 doentes com drepanocitose, dos quais 28 doentes com episódios de SU ou de internamento relacionados com a doença. Dos 28 doentes, 60,71% (n = 17) eram do sexo feminino. Considerando a idade no 1º episódio durante este período, a idade média foi 28 anos, com um mínimo de 18 anos e máximo de 49 anos. Observando a naturalidade, 39,29% (n = 11) eram provenientes de Angola, 3,57% (n = 1) de Cabo Verde, 10,71% (n = 3) da Guiné-Bissau, 7,14% (n = 2) de Moçambique, 10,71% (n = 3) de Portugal, 3,57% (n = 1) do Reino Unido e 25,00% de São Tomé e Príncipe. Ocorreu um total de 78 episódios relacionados com a drepanocitose, dos quais 35,90% (n = 28) de SU e 64,10% (n = 50) que culminaram em internamento. A duração em SU foi em média de 1,36 dias, com um mínimo de 1 dia e máximo de 3 dias. A duração do internamento foi em média de 9,78 dias, com um mínimo de 1 dia e máximo de 53 dias. Observando a manifestação clínica, 88,46% (n = 69) apresentaram crises vasculares, 8,97% (n = 7) manifestaram-se como síndrome torácica aguda, e outra parte com manifestações diversas (1 artrite séptica, 1 dispepsia crónica agudizada em contexto de privação de opióide, 2 complicações vas-

culares osteoarticulares, 1 gravidez com malformação, 1 episódio de tromboembolismo pulmonar). Relativamente à terapêutica, 96,43% (n = 27) estava sob ácido fólico 5mg, e 60,71% (n = 17) estava medicado com hidroxiureia, com uma dose média diária de 1244mg, mínimo 500mg/dia e máximo 2500mg/dia. 92,86% (n = 26) tinha seguimento em consulta de Hematologia, 3,57% (n = 1) em consulta de Medicina Interna, 3,57% (n = 1) em transição da Medicina Interna para Hematologia. Adicionalmente, 7,14% (n = 2) eram seguidos em Imunohemoterapia.

Conclusões: Os dados sugerem que a drepanocitose afeta predominantemente adultos jovens com origem em países da África subsaariana, apresentando elevada recorrência de episódios agudos, destacando-se as crises vaso-oclusivas. A doença apresenta um impacto significativo na utilização de cuidados hospitalares, com predominância de internamentos. Apesar disso, verifica-se um acesso amplo a seguimento especializado e terapêutica modificadora da doença.

POA 235

HOSPITALIZAÇÃO POR INFECÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA COM DIABETES: PERFIL CLÍNICO E FATORES DE RISCO

Fábio Salgueiro¹; Ruben Salgueiro²; Maria João Baldo²; Daniela Nascimento Silva²; João Correia²

¹IPO Coimbra; ²ULS da Guarda, EPE - Hospital Dr. Sousa Martins

Introdução: A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica altamente prevalente na população idosa, associando-se a alterações da resposta imunitária, morbilidade e fragilidade, aumentando a suscetibilidade a infeções. Nesta população, os episódios infecciosos constituem uma causa frequente de descompensação clínica e de internamento hospitalar. A identificação de fatores clínicos associados ao risco de hospitalização por infeção pode apoiar estratégias de prevenção. Este estudo teve como Objetivo caracterizar os internamentos por infeção numa coorte geriátrica com DM e identificar fatores associados ao risco de hospitalização.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de coorte que inclui doentes com idade ≥65 anos seguidos em consulta de diabetologia e com registo de internamento no serviço de Medicina Interna entre 1 de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2025. Foram analisados dados clínicos, laboratoriais e terapêuticos. A comparação entre doentes com e sem internamento por infeção foi realizada com testes de Mann-Whitney e teste exato de Fisher.

Resultados: Foram incluídos 180 doentes com idade mediana de 75 [70-79] anos, sendo 52,8% do género masculino. A população apresentava elevada carga de comorbilidade, com mediana de 5 diagnósticos secundários por doente e elevada prevalência de complicações microvasculares (65,6%) e macrovasculares (70,6%). Entre as comorbilidades mais fre-

quentes destacaram-se hipertensão arterial (91,1%), insuficiência cardíaca (38,3%) e arritmias (11,7%). Observaram-se internamentos por infeção em 41 doentes (22,8%), com recorrência em 11 casos (26,8% dos previamente internados). As infeções respiratórias foram a principal causa de hospitalização, com predomínio de pneumonia (48,8%), seguidas de infeções do trato urinário. Nos episódios recorrentes, a infeção urinária foi o diagnóstico mais frequente (54,5%). Entre os antibióticos utilizados, a ceftriaxone foi o mais prescrito. Na comparação entre doentes com e sem internamento por infeção, os internados eram significativamente mais idosos (77vs73 anos; p=0,011) e apresentavam menor taxa de filtração glomerular basal (56vs74 mL/min/1,73 m²; p=0,018). Doentes com antecedentes de patologia hematológica foram também mais frequente neste grupo (36,6%vs14,4%; p=0,003). Não se observaram diferenças significativas relativamente aos valores de hemoglobina glicada (HbA1c) inicial, HbA1c final ou variação da HbA1c.

Conclusões: Neste estudo, cerca de um quarto dos doentes foram internamento por infeção, sendo a pneumonia e a infeção urinária as causas mais frequentes. A idade avançada e determinadas comorbilidades associaram-se a maior risco de hospitalização, enquanto o controlo glicémico não demonstrou relação significativa com o desfecho clínico. Estes resultados sugerem que a fragilidade clínica e a multimorbilidade são determinantes importantes do risco infeccioso nesta população.

POA 236

POLIFARMÁCIA, FRAGILIDADE E DELIRIUM: UMA INTERAÇÃO CRÍTICA E UM DESAFIO EMERGENTE NA GERIATRIA

Rafaela Veríssimo; Ana Mondragão; Mariana Gonçalves; Fatima Silva; Tiago Fernandes; Sara Viana

ULS Gaia Espinho

Introdução: A fratura de fémur afeta predominantemente doentes frágeis com múltiplas comorbilidades e alta carga medicamentosa. A polifarmácia é altamente prevalente nessa população e tem sido associada a desfechos adversos, incluindo quedas, declínio funcional e síndromes geriátricas. O delirium é uma das complicações mais frequentes após a cirurgia de fratura do fémur, condicionando a morbilidade e mortalidade. No entanto, a interação entre polifarmácia, fragilidade e delirium em doentes mais velhos hospitalizados permanece insuficientemente explorada.

Objetivos: Avaliar a prevalência de polifarmácia e correlacionar com o estado funcional e a presença de delirium e tempo de internamento numa unidade de ortogeriatría.

Métodos: foram avaliados doentes internados num ano numa unidade de ortogeriatría em relação à fragilidade, polimedicação, comorbilidades, intercorrências, delirium e tempo de internamento.

Resultados: Foram avaliados 224 doentes. Em relação à prevalência de polimedicação os valores mais elevados aparecem na dependência moderada e severa (~88-89%), sendo que mesmo nos doentes independentes, a prevalência ainda é elevada (65,6%). A polifarmácia foi altamente prevalente na coorte. A proporção de pacientes com ≥ 5 medicamentos aumentou com a dependência funcional, atingindo 89,4% entre os pacientes com dependência moderada e 88,2% naqueles com dependência grave, em comparação com 65,6% entre os pacientes funcionalmente independentes. O delirium ocorreu em 45 pacientes (20,1%). Quando estratificados pelo estado de fragilidade utilizando a Escala Clínica de Fragilidade: Pacientes robustos (ECF 1–3) apresentaram uma incidência de delirium de 12,0%; Pacientes vulneráveis ??(ECF 4) apresentaram uma incidência de 27,5%; Pacientes frágeis (ECF 5–7) apresentaram uma incidência de 20,9%.

Conclusão: A polimedicação é mais frequente nos doentes com dependência funcional. Isto sugere uma associação entre maior dependência funcional e maior carga farmacológica. A fragilidade avaliada pela Escala Clínica de Fragilidade associou-se a uma maior prevalência de delirium em doentes com fratura do fémur. A avaliação da fragilidade pode auxiliar na identificação de pacientes com maior risco de delirium pós-operatório. Existe uma tendência para internamentos mais prolongados com polimedicação. A fragilidade e a polimedicação devem ser avaliados à admissão de todos os doentes mais velhos nos hospitais para prevenir a elevada incidência de delirium hospitalar e melhorar o prognóstico na alta clínica.

POA 237

IMPACTO DA FRAGILIDADE NA MORTALIDADE DE DOENTES IDOSOS INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA

Isabel V. Rodrigues; Inês Barbosa; Paula Nogueira; Elena Rios; Ana Pimenta De Castro; Catarina Mendonça
ULSAlg Hospital de Faro

Introdução: O envelhecimento populacional tem conduzido a um aumento significativo do número de doentes idosos internados em serviços de Medicina Interna, frequentemente caracterizados por elevada carga de comorbilidades e fragilidade. A fragilidade corresponde a um estado de diminuição da reserva fisiológica e maior vulnerabilidade a eventos adversos, estando associada a piores resultados clínicos. A Clinical Frailty Scale (CFS) constitui um instrumento simples e amplamente utilizado para a avaliação da fragilidade em contexto hospitalar. O Objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre fragilidade, comorbilidade e prognóstico clínico em doentes idosos internados num serviço de Medicina Interna.

Material e métodos: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo incluindo todos os doentes inter-

nados num serviço de Medicina Interna no dia 25 de setembro de 2025. Dos 142 doentes internados, foram incluídos 127 com idade igual ou superior a 65 anos. Foram analisadas as variáveis sexo, idade, Clinical Frailty Scale (CFS), índice de comorbilidade de Charlson, mortalidade durante o internamento atual, reinternamento aos 3 e aos 6 meses. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos de internamento de cada doente no sistema informático SCLÍNICO® e analisados por estatística descritiva e comparação entre grupos.

Resultados: Foram incluídos 127 doentes com idade média de 80,8 anos, sendo 52,4% do sexo feminino. O valor médio da Clinical Frailty Scale foi de 4,56 e o índice médio de Charlson de 7,65, refletindo elevada fragilidade e carga de comorbilidades. A mortalidade durante o internamento foi de 27,8%. A taxa de reinternamento foi de 17,5% aos 3 meses e de 4,0% aos 6 meses. Observou-se maior mortalidade nos doentes com maior grau de fragilidade (CFS ≥ 5), comparativamente aos doentes com menor fragilidade (39,6% vs 19,2%), correspondendo a um odds ratio (OR) aproximado de 2,7 para mortalidade.

Conclusões: Os doentes idosos internados em Medicina Interna apresentam elevada fragilidade e carga de comorbilidades, associadas a mortalidade hospitalar significativa. Neste estudo, a fragilidade associou-se a um aumento relevante do risco de morte durante o internamento, destacando-se como um importante marcador prognóstico nesta população. Estes resultados reforçam a importância da avaliação sistemática da fragilidade em contexto hospitalar, permitindo identificar precocemente doentes de maior risco e contribuir para uma melhor estratificação prognóstica e planeamento individualizado de cuidados. A implementação de análises sistemáticas da fragilidade poderá assim melhorar a caracterização clínica dos doentes internados e apoiar decisões terapêuticas e organizacionais em Medicina Interna.

POA 238

DA URGÊNCIA À EQUIPA COMUNITÁRIA DE CUIDADOS PALIATIVOS: UM CAMINHO DIFERENTE MAS POSITIVO?

Patricia Santos; Cláudia Nunes; Inês Domingues; Miguel Rodrigues; Ana Pacheco; Vanda Spencer
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: Os doentes com necessidades paliativas recorrem frequentemente ao serviço de urgência (SU) em contexto de agudização clínica, descontrolo sintomático ou insuficiente apoio domiciliário. A referenciação direta destes doentes para a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) poderá constituir uma estratégia facilitadora da continuidade e adequação de cuidados. Neste contexto, torna-se relevante caracterizar a casuística dos doentes refe-

reenciados diretamente do serviço de urgência para a ECSCP da mesma ULS e perceber qual o impacto que têm nas admissões no serviço de urgência.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, com recolha de dados através da consulta do processo clínico informático e de base dados da ECSCP, incluindo os doentes referenciados entre Janeiro de 2025 a Janeiro de 2026. Foram analisadas variáveis demográficas, contexto habitacional, motivo de referenciação, admissão na ECSCP, contacto prévio com a Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), recorrência ao SU e evolução clínica.

Resultados: No período em análise, foram referenciados 12 doentes, com idade média de 88,9 anos (mínimo 76; máximo 97), maioritariamente do sexo feminino (66,7%; n=8). A maioria residia em lar (58,3%; n=7); entre os doentes que residiam no domicílio, apenas um dispunha de cuidador formal. O principal motivo de referenciação foi síndrome demencial avançada (66,7%). Desde doentes, apenas 5 foram admitidos na ECSCP. Este número poderá ser explicado pela complexidade dos doentes referenciados, com metade dos casos classificados como de baixa complexidade (n=6; 50%), mas também pela existência de referenciações em últimas horas de vida (n=3), o que inviabilizou a admissão atempada. Durante o período de observação, verificaram-se 8 óbitos (66,7%). O local de morte mais frequente foi o lar (n=4; 50%). Globalmente, 75% dos óbitos ocorreram em contexto ambulatorio, evitando reinternamentos. O tempo médio entre referenciação e óbito foi de 14,3 dias, com mediana de 11 dias, sugerindo referenciação tardia no percurso da doença. Relativamente ao circuito hospitalar, apenas 2 doentes (16,6%) tiveram contacto com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Após a referenciação, apenas 2 doentes recorreram novamente ao SU, ambos antes de admissão pela ECSCP, podendo este facto sugerir que a ausência de apoio comunitário efetivo terá contribuído para o regresso ao SU e posterior internamento.

Conclusão: A referenciação direta do SU para a ECSCP ocorreu sobretudo em doentes muito idosos e com síndromes demenciais avançadas. A maioria dos óbitos ocorreu em contexto ambulatorio e a recorrência ao SU foi baixa, reforçando a relevância deste circuito na promoção de continuidade assistencial e adequação de cuidados. Os dados sugerem ainda que a referenciação ocorre tardiamente, salientando a necessidade de identificação mais precoce de necessidades paliativas dos doentes seguidos

POA 239

DÉFICE DE VITAMINA D, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E MORTALIDADE EM DOENTES INTERNADOS EM MEDICINA INTERNA

Catarina Morete Cabrita¹; Ricardo Martins²; Rita Ribeiro²; Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: O défice de vitamina D tem sido associado a piores desfechos clínicos em diferentes populações hospitalares, embora a sua relação com a mortalidade permaneça controversa, nomeadamente pela influência de fatores como idade, fragilidade e dependência funcional. Este estudo teve por Objetivo avaliar a associação entre défice de vitamina D, dependência funcional e mortalidade em doentes internados em Medicina Interna com doseamento sérico de vitamina D.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo incluindo doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre 1 de junho e 30 de setembro de 2025, nos quais foi realizado doseamento sérico de vitamina D. Foram recolhidos dados demográficos, motivo principal de internamento, grau de autonomia prévio através da modified Rankin Scale (mRS), valor sérico de 25-hidroxivitamina D e mortalidade. Considerou-se défice de vitamina D para valores <20 ng/mL. A análise estatística incluiu testes t, qui-quadrado, Kruskal-Wallis e regressão logística binária.

Resultados: Dos 239 doentes internados no período estudado, 120 (50,2%) realizaram doseamento de vitamina D e constituíram a população analisada. A idade média foi de 72,1 ± 16,2 anos e 50,8% eram mulheres. Hipovitaminose D esteve presente em 77 doentes (64,2%) e dependência funcional significativa (mRS ≥3), em 46 doentes (38,3%). A mortalidade global foi de 35,0% (42/120). A mortalidade foi superior no grupo com défice de vitamina D, em comparação com os doentes com valores ≥20 ng/mL (40,3% vs 25,6%; OR bruto 1,96; IC95% 0,86-4,46; p=0,116). A dependência funcional associou-se fortemente à mortalidade (65,2% vs 16,2%; OR bruto 9,69; IC95% 4,07-23,03; p<0,001). A análise conjunta da dependência funcional e dos níveis de vitamina D revelou um gradiente de risco, com mortalidade entre 7,1% nos doentes independentes com vitamina D ≥20 ng/mL e 67,7% nos doentes dependentes com défice de vitamina D (p global <0,001). Na regressão logística binária, apenas a dependência funcional se manteve significativamente associada à mortalidade (OR ajustado 8,01; IC95% 3,10-20,70; p<0,001), enquanto o défice de vitamina D mostrou apenas tendência para associação (OR ajustado 2,00; IC95% 0,77-5,22; p=0,157).

Conclusão: O défice de vitamina D foi frequente nesta população de doentes, apesar do período analisado corresponder aos meses de verão. Na análise descritiva, os níveis mais baixos de vitamina D associaram-se a maior mortalidade, sobretudo nos doentes com maior

dependência funcional. Após ajuste, a dependência funcional manteve-se como o principal determinante prognóstico, sugerindo que o déficit de vitamina D poderá funcionar sobretudo como marcador adicional de fragilidade clínica em contexto hospitalar. A interpretação destes resultados deve, contudo, ter em conta as limitações inerentes ao desenho retrospectivo, à dimensão amostral e ao facto do doseamento de vitamina D não ter sido realizado de forma sistemática em todos os doentes internados.

POA 240

MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA: CASUÍSTICA DE 2023

Jessica Miranda Oliveira; Ana Rita Tomás; Luísa Marques; Rita Vilar; Ana Nepomuceno; Mariana Oliveira Costa
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A Medicina Interna assume um papel central na gestão de doentes complexos, frequentemente com multimorbilidade, fragilidade e doença avançada. A análise da mortalidade intra-hospitalar permite identificar padrões clínicos, avaliar a qualidade assistencial e orientar estratégias de adequação terapêutica, incluindo a integração de cuidados paliativos. Este estudo teve como Objetivo caracterizar os doentes falecidos durante internamento num serviço de Medicina Interna ao longo de 2023.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo incluindo todos os doentes falecidos durante internamento num serviço de Medicina Interna em 2023. Foram recolhidos dados dos processos clínicos eletrónicos relativos a características demográficas, comorbilidades, grau de dependência funcional, motivo de internamento, causa de morte, reinternamentos nos 30 dias prévios, duração do internamento e intervenção de cuidados paliativos. A análise descritiva foi realizada com Microsoft Excel.

Resultados: Registaram-se 315 óbitos entre 1189 internamentos, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 26,5%. A mediana de idades foi de 78 anos, com predomínio do sexo masculino (61,3%). A duração mediana do internamento foi de 14 dias. O número médio de comorbilidades por doente foi de 4,1, sendo as mais frequentes hipertensão arterial (58,4%), neoplasia (49,2%) e dislipidemia (36,8%). Quanto ao grau de dependência funcional, 38,1% dos doentes eram totalmente dependentes, 35,4% parcialmente dependentes e 26,5% autónomos. A causa de morte coincidiu com o motivo de internamento em 68,3% dos casos. As principais causas de morte foram doença infecciosa (40,0%) e doença neoplásica (38,7%), seguidas de causas neurológicas e respiratórias. Observou-se reinternamento nos 30 dias prévios em 14,6% dos doentes. Foram instituídas medidas de conforto em 67,0% dos casos e houve intervenção da equipa de Cuidados Paliativos em 36,5% dos doentes, dos quais

22,9% já se encontravam previamente seguidos.

Conclusões: A elevada taxa de mortalidade observada (26,5%) num serviço de Medicina Interna reafirma o papel deste internamento na gestão de doentes com patologias avançadas, elevada complexidade clínica e fragilidade significativa, nos quais a intervenção se centra frequentemente em cuidados de suporte e de fim de vida. Esta população caracteriza-se por idade avançada, elevada dependência funcional e múltiplas comorbilidades. A elevada concordância entre motivo de internamento e causa de morte, associada à frequência de medidas de conforto e à intervenção paliativa, sugere que uma proporção significativa destes internamentos ocorre na fase final da trajetória de doença. Contudo, a intervenção da equipa de Cuidados Paliativos em apenas cerca de um terço dos doentes evidencia margem para otimizar a referência e promover uma integração mais precoce destes cuidados. A ocorrência de reinternamentos em 30 dias destaca igualmente a importância de melhorar o planeamento da alta, a transição de cuidados e o suporte na comunidade em doentes com doença crónica avançada. A análise sistemática da mortalidade pode contribuir para a identificação precoce de necessidades paliativas e para a melhoria da organização dos cuidados em Medicina Interna.

POA 241

ENCEFALITE ASSOCIADA A ATEZOLIZUMAB – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Mafalda Petrucci Presunto; Sara Videira Almeida; Inês Margarida Brito; Filipe Correia; Cristina Rosário
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os inibidores de checkpoint imunológico revolucionaram o tratamento oncológico, mas podem associar-se a eventos adversos neurológicos raros e potencialmente graves. A encefalite imunomediada constitui um diagnóstico desafiante, exigindo elevada suspeição clínica, sobretudo em doentes sob imunoterapia recente.

Caso clínico: Homem, 76 anos, parcialmente autónomo, com hepatocarcinoma em fígado não cirrótico, submetido a hepatectomia direita em 2024, com recidiva em 2025, tendo iniciado tratamento sistémico com atezolizumab e bevacizumab. Após o primeiro ciclo, desenvolveu fadiga, sonolência e alterações da marcha, que foram enquadradas no seu parkinsonismo de base, houve um agravamento progressivo após o segundo ciclo, motivando a suspensão do terceiro. Recorreu ao serviço de urgência por déficit motor agudo do hemisfério esquerdo, associado a postura distónica, alterações sensitivas, déficit visual esquerdo e anosognosia. Do estudo realizado destaca-se RMN cerebral com assimetria e apagamento dos sulcos da convexidade direita e EEG com disfunção extensa do

hemisfério direito, com atividade paroxística interictal frontal direita. Admitiu-se encefalite associada à imunoterapia, tendo iniciado levetiracetam e pulsos de metilprednisolona, com melhoria clínica progressiva. Durante o internamento manteve programa de reabilitação, sendo referenciado para unidade de cuidados continuados por limitação funcional persistente. Atualmente documentada progressão de doença neoplásica e proposto para Lenvatinib.

Discussão: Este caso ilustra uma encefalite induzida por inibidor de checkpoint imunológico, com apresentação focal e evolução subaguda, salientando a importância do reconhecimento precoce destas complicações. A suspensão da imunoterapia e o tratamento imunossupressor permitiram recuperação neurológica significativa, reforçando o papel de uma abordagem multidisciplinar na gestão destes doentes.

POA 242

NEM TODA A HEMIPARÉSIA É AVC – UM CASO DE NEUROMIELITE ÓPTICA

Pedro Alexandre Lopes; Rita Figueira; Joana Melo; Mariana Sousa

ULS Região de Aveiro

Introdução: O diagnóstico diferencial do AVC é extenso – na presença de um síndrome neurológico discordante devemos sempre procurar outras causas, nomeadamente inflamatórias. A mielite transversa pode nem sempre ser simétrica, particularmente em fase inicial.

Caso clínico: Masculino de 78 anos, autónomo, recorreu ao SU por défice de força no membro inferior direito associado a hipoestesia – apresentava força muscular grau 1 nesse membro, com reflexo cutâneo-plantar extensor, sem outras alterações ao exame neurológico. Realizou TC com estudo angiográfico, sem oclusões de grande vaso ou lesões isquémicas. Não se encontrava em janela para fibrinólise, pelo que iniciou dupla antiagregação e estatina de alta potência. Durante a estadia no SU apresentou retenção urinária com necessidade de algaliação. Apresentava como antecedentes fibrilhação auricular (com omissões de toma de hipocoagulação), poliglobulia secundária a tabagismo, dislipidémia e pré-diabetes.

No terceiro dia de internamento apresenta défice de força no membro inferior esquerdo, de novo, grau 2, com hipoestesia circunferencial até T7 e com reflexos osteotendinosos ausentes. Realizou punção lombar que mostrou proteinorráquia (83 mg/dL), com índice IgG 9.5. O estudo analítico revelou Hb 16.6 g/dL, VS 50 mm/h, um VDRL negativo, ácido fólico e vitamina B12 normais.

Por suspeita de mielite inflamatória iniciou ciclo de metilprednisolona 1g/dia, realizando posteriormente RM da coluna, a mostrar mielite longitudinalmente extensa de D2 a D5. Concomitantemente, o estudo do líquido veio positivo para Ac. Anti-AQP4, sugestivo de

apresentação inicial de neuromielite óptica, tendo sido posteriormente encaminhado para plasmaferese.

Discussão: Este caso mostra a importância de um exame neurológico completo e seriado em doentes com suspeita de AVC – o surgimento de novos sinais focais podem mudar drasticamente a suspeita e a marcha diagnóstica. A neuromielite óptica pode-se apresentar como parésia assimétrica, muitas vezes com características atípicas como arreflexia.

POA 243

UM DESAFIO DISAUTONÓMICO

Gonçalo Oliveira Ribeiro; Margarida Ribeiro; Carolina Gandra; Francisca Ramos; Francisca Dâmaso; António Carvalho; Susana Jesus; Cândida Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A disautonomia é uma entidade clínica complexa com afeção do sistema nervoso autónomo. A apresentação variada e as múltiplas etiologias dificultam o diagnóstico e a terapêutica dirigida, sendo o controlo sintomático fundamental, mas difícil.

Caso clínico: Mulher, 26 anos. Pai faleceu aos 52 anos, com Esclerose Múltipla. Diagnóstico de Enxaqueca Vestibular em 09/2025 após ida ao serviço de urgência por cefaleia intensa, holocraniana, pulsátil e pródromo de vertigem. Ressonância crânio-encefálica com possível tumor da bainha nervosa no espaço carotídeo. Ressonância de pescoço com lesão expansiva no espaço parafaríngeo retroestiloideu direito, sugestiva de adenopatia. Em 11/2025, iniciou quadro de astenia, anorexia, perda ponderal, mialgias e artralrias. Após serologias do vírus Epstein-Barr positivas, diagnóstico de Mononucleose Infeciosa. Em 12/2025, agravamento da cefaleia e das tonturas/vertigem, com episódio sincopal. Desde então, incapacidade funcional progressiva com intolerância para o ortostatismo. Em 02/2026, ida ao serviço de urgência por retenção urinária aguda. Fez esvaziamento vesical. Punção lombar, análise do líquido cefalorraquidiano, tomografias crânio-encefálica e de coluna sem alterações. No internamento, novos episódios de retenção urinária, taquicardia sinusal com ortostatismo, tonturas e incapacidade para marcha. Tomografia de pescoço com gânglios cervicais bilaterais e hipertrofia do tecido amigdalino. Ressonância crânio-encefálica e medular sem alterações sugestivas de Esclerose Múltipla. Teste TILT com critérios para Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática. Melhoria com introdução de Ivabradina e reforço hidrossalino. Alta com diagnóstico de Disautonomia Pós-Infeção ao vírus Epstein-Barr a condicionar Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática.

Discussão: O caso traduz a dificuldade diagnóstica da disautonomia, um diagnóstico de exclusão, bem como traduz o seu impacto na vida dos doentes, sendo difícil o controlo sintomático.

POA 244

PRES ASSOCIADA A SHH: DESAFIOS TERAPÊUTICOS EM DOENTE COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Sofia Almada; Sara Nunes Gomes; Mónica Jardim;
Vasco Faria Nunes; Elisa Caldeira; Rita Ventura; Maria da Luz
Brazão; Teresa Faria
SESARAM

Introdução: A encefalopatia posterior reversível (PRES) é uma síndrome neurovascular rara, habitualmente associada a hipertensão, disfunção endotelial ou alterações metabólicas agudas. A sua apresentação clínica pode incluir confusão, agitação, convulsões e alterações radiológicas típicas em RM crânio-encefálica. A síndrome hiperosmolar hiperglicémica (SHH) é uma causa infrequente de PRES, cujo diagnóstico e conduta terapêutica exigem abordagem multidisciplinar e vigilância apertada.

Caso clínico: Mulher de 66 anos, previamente autónoma, com antecedentes de asma, apresentou episódio de confusão e crises convulsivas persistentes. No Serviço de Urgência, verificou-se glicemia de 452 mg/dL, sem cetonemia, hipernatremia e HbA1c de 15%, compatíveis com SHH. A TC-CE demonstrou hipodensidade parietal direita e lacuna isquémica no núcleo caudado. O EEG evidenciou surtos de ondas bilaterais, sem atividade paroxística. A RM-CE revelou lesão hemorrágica cortical/subcortical parietal direita com edema vasogénico, sugerindo PRES em contexto de SHH. A paciente iniciou insulino-terapia e levetiracetam, com resolução gradual do estado clínico e posterior alta hospitalar. Posteriormente, apresentou fibrilhação auricular. Apesar de recomendação de anticoagulação segundo score CHA2DS2-VA, a Medicina Interna avaliou criteriosamente a segurança do tratamento anticoagulante. Solicitou RM-CE de controlo que evidenciou apenas alteração sequelar cortical e microangiopatia discreta. Após pedido de parecer à Neurorradiologia, identificou-se apenas um micro-bleed cerebral, com baixa probabilidade de patologia amiloide, confirmando ausência de contraindicação para anticoagulação. Foi iniciado DOAC, acompanhado de controlo rigoroso da pressão arterial e otimização da terapêutica antidiabética.

Conclusão: Este caso alerta para o desenvolvimento de síndromes neurológicas potencialmente graves associados a alterações metabólicas severas. Destaca, ainda, o papel fulcral da Medicina Interna na avaliação global do doente, na articulação e coordenação de múltiplas especialidades e na tomada de decisões terapêuticas seguras, garantindo uma abordagem integrada que minimiza riscos em situações clínicas complexas.

POA 245

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DÉFICES NEUROLÓGICOS: NEM TUDO É ISQUÉMICO!

Ângela Pires Neto; Maria Fialho; Rita Ribeirinho Duarte;
Margarida Jacinto; Graça Tavares; Cláudia Borbinha
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A *miastenia gravis* é a patologia da junção neuromuscular mais frequente, com uma prevalência de cerca de 150-250 casos por milhão. Caracteriza-se por fraqueza muscular flutuante e fatigável, resultado de autoanticorpos que bloqueiam a sinalização colinérgica na junção neuromuscular. Pode associar-se a outras doenças, como o timoma. De seguida, apresentamos um caso clínico de *miastenia gravis*.

Caso clínico: Homem, 51 anos, apresenta quadro de 2,5 meses de evolução, caracterizado por disartria e disfagia para sólidos, fraqueza dos músculos proximais dos membros superiores, ptose palpebral bilateral e diplopia. Referia agravamento das queixas ao fim do dia, relacionando-as com o cansaço. Teve múltiplas idas ao SU, por défice neurológico, excluindo-se AVC. Teve alta com prescrição de ansiolítico e orientado para a consulta de Neurologia. Em ambulatório destacou-se hipomímia facial, lentificação na articulação das palavras e após esforço físico pronação nos membros superiores na prova de braços estendidos. Foi colocada hipótese de miastenia gravis e foi proposto para internamento no serviço de Medicina Interna. A pesquisa de anticorpos anti-recetor da acetilcolina foi positiva. A TC-Tórax relatou a presença de “estrutura tecidual expansiva no espaço pré-vascular de etiologia indeterminada” interpretada como provável timoma. Iniciou Imunoglobulina EV 400mg/kg/dia (5 dias), Piridostigmina (60mg 3x/dia) e Prednisolona 30mg/dia. Houve melhoria sintomática (mantendo apenas sintomas mínimos na deglutição). Teve alta clínica ao 9º dia de internamento medicado com Piridostigmina 60mg 3x/dia e Prednisolona 30mg 1x/dia. Foi referenciado para a Cirurgia Cardiorrástica, para excisão de timoma e mantém seguimento na consulta de Neurologia.

Discussão: A miastenia gravis é uma doença rara cujo diagnóstico pode passar despercebido em contexto de urgência. Este caso reforça a importância da história clínica e reconhecimento das alterações neurológicas características para um diagnóstico correto e atempado. O início de terapêutica é fundamental para evitar complicações graves, como seja insuficiência respiratória. Reforça também a necessidade de investigação adicional para exclusão de timoma e a importância da multidisciplinaridade na avaliação destas patologias.

POA 246

CRISE CONVULSIVA SEM EPILEPSIA: RELATO DE UM CASO RARO

Mari Angela N. Lopes; Dilia R. Valente; Nuno Bernardino Vieira
Hospital Portimão

Introdução: A crise convulsiva é emergência médica, frequente em doentes com epilepsia, doenças infecciosas, vasculares, traumáticas ou neoplásicas cerebrais. O Hipoparatiroidismo (HipoPT), condição endócrina rara (6.4 a 37 por 100,000/pessoas/ano), caracteriza-se por hipocalcemia, hiperfosfatemia e paratormona (PTH) reduzida. A cronicidade desta condição é de manejo difícil, leva a complicações por deposição de cálcio, as mais conhecidas a nefrolitíase, nefrocalcinose e insuficiência renal. Mais raramente, provoca síndrome de Fahr, distúrbio neurológico raro, prevalência inferior a 1/1.000.000, descrito pela 1ª vez em 1930, caracteriza-se por calcificações intracranianas bilaterais, predominantemente nos gânglios da base, podendo associar-se a manifestações neurológicas, psiquiátricas, cognitivas e convulsões. O estudo alargado é fundamental para estudo etiológico das crises convulsivas e o seu adequado manejo.

Caso clínico: Mulher 81 anos, antecedente hipotirodismo pós cirúrgico (tireoidectomia total bócio multinodular aos 34 anos, sob levotiroxina) e HipoPT crónico medicado desde os 60 anos. Admitida internamento Medicina por crise convulsiva tónico-clónica generalizada. À admissão com hipocalcemia grave 5,3 mg/dL e hiperfosfatemia, compatível com HipoPT descontrolado. A tomografia computadorizada crânio-encefálica evidenciou extensas calcificações bilaterais dos gânglios da base e de outras estruturas subcorticais, achado compatível com Síndrome de Fahr. No internamento sob reposição de cálcio intravenoso e vitamina D ativa, normalizou os parâmetros bioquímicos e clinicamente sem alterações neurológicas ou recorrência de crises.

Discussão: O caso ilustra etiologia multifatorial da crise convulsiva sediada na hipocalcemia grave e na Síndrome de Fahr secundária a HipoPT crónico, mal controlado. O reconhecimento da etiologia metabólica é crucial, uma vez que o tratamento adequado do HipoPT pode prevenir a progressão clínica da síndrome de Fahr.

POA 247

HIPERGLICEMIA E MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS: UMA RELAÇÃO CLÍNICA E IMAGIOLÓGICA

Rute Painçal¹; Nuno Moreira²; Tatiana Milheiro Teixeira¹; Pedro Fernandes Simões¹; Rute Lopes Caçola¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; ²Hospital da Luz Arrábida

A hemicoreia-hemibalismo hiperglicémica não cetótica ou estriatopatia diabética é uma complicação rara da diabetes mellitus que se caracteriza pelo início agudo de movimentos involuntários arritmicos e unilaterais associados a hiperglicemia sem cetoacidose, ha-

bitualmente em doentes com mau controlo glicémico, podendo ser a manifestação inicial da doença. Apresenta uma tríade sugestiva de movimentos involuntários unilaterais, hiperglicemia sem cetose e alterações imagiológicas típicas.

Relatam-se dois casos. O primeiro, uma mulher de 87 anos com antecedentes de diabetes mellitus tratada com antidiabéticos orais que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por hiperglicemia e movimentos involuntários dos membros superior e inferior esquerdos com um dia de evolução. Gasimetricamente, glicemia 434 mg/dL, sem critérios de cetoacidose ou estado hiperosmolar. TC-CE a revelar ténue hiperdensidade assimétrica do estriado à direita. O segundo, uma mulher de 81 anos com antecedentes de diabetes mellitus tratada com insulina glargina que recorre ao SU por hiperglicemia e movimentos involuntários do membro superior direito com um dia de evolução. Gasimetricamente, glicemia 642 mg/dL, também sem critérios de cetoacidose ou estado hiperosmolar. TC-CE com hiperdensidade do estriado bilateral, mais evidente à esquerda. Em ambos os casos, a correção e progressiva normalização da glicemia levou à resolução dos movimentos coreiformes.

A estriatopatia diabética é mais frequente em mulheres idosas com mau controlo glicémico, sendo este o principal fator de risco para o seu surgimento, independentemente do tratamento com insulina. As alterações imagiológicas nos gânglios da base são típicas desta condição e ajudam a distinguir de outras etiologias neurológicas, sendo fundamental o reconhecimento precoce desta tríade para evitar investigação adicional e permitir uma intervenção eficaz, sobretudo porque o tratamento da hiperglicemia leva, regra geral, à resolução completa dos sintomas motores.

POA 248

MENINGOENCEFALITE POR VÍRUS VARICELA-ZOSTER – UMA COMPLICAÇÃO RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL

Daniela Baptista¹; Beatriz Domingos²; José Braz²; Rodrigo Morgado²; Sofia Sobral²; Henrique Rita²

¹Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; ²Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

A infeção do sistema nervoso central por vírus Varicela-Zoster (VZV) constitui uma complicação rara, mas grave, sobretudo em doentes idosos e com múltiplas comorbilidades. Pode ocorrer mesmo na presença de manifestações cutâneas pouco exuberantes, tornando o diagnóstico desafiante. O reconhecimento precoce e a terapêutica antiviral atempada determinam o prognóstico.

Relata-se o caso de uma mulher de 74 anos com diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, doença renal crónica, fibrilhação auricular, DPOC e AVC isquémico prévio (com hemiparesia direita sequelar). Admitida por quadro de prostração marcada, recusa alimentar e

alteração do estado de consciência, após diagnóstico recente de herpes zoster inframamário esquerdo, medicada com valaciclovir oral. À observação destacava-se GCS 10 e rigidez cervical sem novos défices neurológicos focais. Analiticamente destacava-se lesão renal aguda grave, hiponatremia, hipercaliemia e discreto aumento dos parâmetros inflamatórios. TC crânio sem alterações agudas. Iniciada terapêutica empírica com ceftriaxone e aciclovir endovenoso e realizada punção lombar, cujo estudo revelou pleocitose linfocítica e PCR positivo para VZV, confirmando meningoencefalite por VZV. Evoluiu com agravamento transitório do estado de consciência (GCS mínimo 7), tendo sido iniciada terapêutica anticonvulsivante. Após o 5.º dia de aciclovir verificou-se melhora clínica significativa, com recuperação progressiva da consciência e resolução completa da lesão renal aguda. Teve alta vígil, sem sequelas neurológicas, mantendo dependência funcional prévia.

Este caso reforça a necessidade de suspeição clínica de meningoencefalite por VZV em idosos e diabéticos com alteração do estado de consciência, mesmo com lesões cutâneas em resolução. O tratamento antiviral precoce foi crucial para o desfecho favorável. Adicionalmente, evidencia-se a importância da vacinação contra o VZV como estratégia preventiva eficaz na redução da incidência e gravidade das complicações associadas.

POA 249

RABDOMIÓLISE EXUBERANTE, CLÍNICA DISCRETA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana De Freitas; Carolina António Santos; João Pedro Marques; Ana Cardoso; Teresa Fonseca; António Martins Baptista
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A rabdomiólise é definida como uma síndrome clínico-laboratorial decorrente da lesão muscular esquelética, com libertação de conteúdo intracelular para a circulação sanguínea, podendo associar-se a complicações graves, nomeadamente lesão renal aguda e síndrome compartimental. Habitualmente associada a trauma, esforço físico intenso, infeções ou iatrogenia, a rabdomiólise em doentes jovens saudáveis sem fatores precipitantes representa um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 25 anos, previamente autónoma e saudável recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 5 dias de evolução de dor proximal nos membros inferiores, mais intensa à direita, associada a percepção de diminuição da força muscular. Sem descrição de fator desencadeante, nomeadamente esforço físico intenso ou trauma músculo-esquelético.

Analiticamente, a destacar: Creatina-fosfoquinase sérica (CK) 98704 U/L, AST 1727 U/L, ALT 358 U/L, LDH 2265 U/L e função renal preservada apesar de mioglobínúria

significativa (74246 µg/L). Serologias víricas (Vírus da Hepatite B e C e Vírus da Imunodeficiência humana) negativas, estudo toxicológico urinário (anfetaminas, benzodiazepinas, cocaína, opiáceos, canabinóides e barbitúricos) negativo e função tiroideia inalterada. Realizou estudo eletromiográfico, com evidência de lesão difusa da fibra muscular, sem sinais de necrose ativa e sugestivo de miopatia metabólica.

Pela rabdomiólise importante, iniciou fluidoterapia intensiva, com progressiva normalização analítica e melhora clínica gradual.

Por miopatia de etiologia a esclarecer, com francas alterações analíticas, mas quadro clínico fustre e localizado, sem elevação de parâmetros inflamatórios, optou-se por prosseguir estudo em contexto de ambulatório, tendo ressonância magnética muscular, painel de miopatias inflamatórias e metabólicas, estudo de doença de Pompe e anticorpos anti-HMG-CoA redutase em curso até ao momento.

Teve alta com capacidade de deambulação autónoma e com valor de CK normalizado.

Discussão: Este caso ilustra uma rabdomiólise grave sem fator precipitante identificável e sem complicações associadas. A ausência de causa tóxica, traumática, infecciosa ou endocrinológica numa doente jovem do sexo feminino reforça a suspeita de etiologia metabólica subjacente.

POA 250

DERRAME PLEURAL ATÍPICO

Ana De Oliveira Parreira; Rita Pinto; Filipa Cunha; Daniela Santos; Marco Ramos; Céu Rodrigues
Hospital de Braga

Introdução: O derrame pleural associado à amiloidose é uma complicação rara, consequente de infiltração direta da pleura por depósitos amiloides, provocando disfunção da superfície pleural. O diagnóstico definitivo é realizado através da identificação de depósitos amiloides em biópsia pleural. Ocasionalmente, estes depósitos podem ser identificados em amostras citológicas do líquido pleural.

Caso: Sexo feminino, 70 anos, com Polineuropatia Amiloidótica Familiar, com atingimento cardíaco e renal, portadora da mutação TTRMet30. Internada por quadro de prostração, tosse ocasional irritativa, dispneia de agravamento progressivo e temperatura subfebril. Painel de vírus respiratórios negativos, antígenos urinários negativos, radiografia torácica com derrame pleural de grande volume à esquerda, com atelectasia pulmonar e desvio do mediastino contralateral. Realizada tomografia torácica que, para além do derrame, identificou ligeiro aumento global da área cardíaca com aparente derrame pericárdico laminar, ocasionais adenomegalias mediastínicas pericentimétricas com aspeto inespecífico. A toracocentese diagnóstica com características de exsudato, predomínio de linfócitos.

Houve necessidade de 2 abordagens posteriores do derrame pleural para alívio sintomático. As 3 amostras citológicas foram negativas para células neoplásicas, com presença de células mesoteliais e leucócitos. A biópsia pleural confirmou deposição de substância amiloide, favorecendo a hipótese de derrame pleural em contexto amiloidótico.

Conclusão: Os derrames pleurais amiloidóticos correspondem a uma pequena percentagem dos derrames pleurais, apenas 1% dos derrames das várias etiologias correspondem a etiologia amiloidótica, chegando a 5% em doentes com PAF já estabelecida e em estadio avançado, como se verifica neste caso. A presença desta complicação em doentes com PAF está associada a pior prognóstico.

POA 251

QUANDO O TRATAMENTO DA HIPONATRÊMIA SE RESUME À TERAPÊUTICA COM CORTICOIDE

Andreia Correia Bulhão; Sofia Festa; Sara Oliveira Gomes; Inês Pereira De Oliveira; Cláudia Silva; Marta Oliveira Ferreira
Unidade Local de Saúde do Médio Ave

A apoplexia pituitária é uma entidade rara provocada por enfarte ou hemorragia súbita da hipófise. É uma emergência neuroendocrinológica com necessidade de tratamento urgente.

Apresenta-se o caso de um homem de 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia holocraniana associado a vertigem com algumas semanas de evolução. Exame Objetivo sem alterações. TC crânio (CE) sem lesões agudas. Analiticamente com hiponatremia de 121mg/dl, que persistiu após suspensão de diurético tiazídico.

Do estudo realizado verificou tratar-se de uma hiponatremia hipoosmolar euvolémica (osmolaridade sérica 256 mOsm/kg e urinária de 392 mOsm/kg, Na⁺ urinário 89 mEq/L; T4L e cortisol sérico manhã e urinário 24h diminuído, ACTH e TSH sem alterações). Realizou TC TAP sem alterações de relevo, nomeadamente nódulos da suprarrenal.

Doente manteve-se hemodinamicamente estável, normotenso, apático e asténico. Realizou RM CE que evidenciava uma apoplexia pituitária. Iniciou-se corticoterapia e doente apresentou melhoria das queixas e do valor do sódio. Doente teve alta para consulta com esquema de prednisolona. Restantes hormonas pituitárias normais.

Apresenta-se este caso clínico pela raridade e gravidade da apoplexia pituitária, bem como pelos desafios diagnósticos inerentes à sua apresentação inicial. Com este caso clínico pretende-se reforçar a importância do reconhecimento precoce desta emergência neuroendócrina e salientar o impacto de uma intervenção terapêutica atempada na melhoria do prognóstico clínico.

POA 252

LIPODISTROFIA GENERALIZADA AUTO-IMUNE

Monique Alves¹; Diana Martins Ferreira²; Ana Luísa Pinheiro²; Francisca Pacheco²; Renata Barbosa²; Liliana Fonseca²

¹Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro; ²Unidade Local de Saúde de Santo António

A lipodistrofia generalizada é uma doença rara, com prevalência estimada de 0,23 casos por milhão de habitantes, sendo a forma autoimune particularmente incomum. Caracteriza-se por perda progressiva e generalizada de tecido adiposo subcutâneo, associada a hipoleptinemia e a complicações metabólicas graves.

Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 40 anos, com perda generalizada de tecido adiposo desde os 10 anos de idade. Antecedentes de diabetes mellitus diagnosticada aos 3 anos, com marcada resistência à insulina, sob insulina glargina (dose diária total 1,96 U/kg/dia) e metformina 3000 mg/dia, complicada por retinopatia diabética proliferativa e proteinúria. História de hipertrigliceridemia grave com dois episódios de pancreatite aguda (29 e 33 anos) e MASLD. Doenças autoimunes associadas: hipotiroidismo por tiroidite autoimune (sob levotiroxina 3,8 µg/kg/dia) e lúpus discóide (sob cloroquina 155 mg/dia).

Estudo genético identificou variante heterozigótica de significado incerto no gene PLIN1. Ao exame Objetivo: IMC 18,9 kg/m² (46 kg; 1,56 m), perda generalizada de tecido adiposo subcutâneo, hipertrofia muscular, acantose cervical e axilar, flebomegalia e hepatoesplenomegalia. Analiticamente destacava-se hipoleptinemia (1,2 ng/mL), anticorpos antipiripilina positivos, anti-GAD >2000 U/mL, ZnT8 e anti-ilhéus positivos. Glicemia em jejum 153 mg/dL, péptido C <0,02 ng/mL, HbA1c 7,1%. Ecografia abdominal revelou hepatoesplenomegalia. DXA demonstrou massa gorda em membros e tronco abaixo do percentil 1, compatível com lipodistrofia generalizada.

Assumido diagnóstico de lipodistrofia generalizada autoimune e iniciada terapêutica com metreleptina (5 mg/dia), com redução da dose total diária de insulina para metade. Na segunda semana ocorreu anorexia e perda ponderal (~2,5%), tendo sido reduzida a dose para 3 mg/dia.

Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce da lipodistrofia generalizada em doentes com diabetes de início precoce e resistência marcada à insulina. O exame clínico, a avaliação da composição corporal por DXA e o doseamento de leptina são fundamentais para o diagnóstico. A introdução precoce de metreleptina pode melhorar significativamente o controlo metabólico e reduzir a morbimortalidade associada.

POA 253

HIPERCALCEMIA DA MALIGNIDADE: A IMPORTÂNCIA DE DEFINIR O MECANISMO

Catarina Morete Cabrita¹; Daniel Garrido²; Ricardo Martins²; Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A hipercalcemia da malignidade é uma urgência metabólica frequente em doentes oncológicos, associada a elevada morbilidade e mau prognóstico. Embora o mecanismo mais comum seja a produção tumoral de PTHrP (Parathyroid hormone-related protein), existem formas menos frequentes, nomeadamente mediadas por calcitriol, cujo reconhecimento pode ter implicações terapêuticas relevantes.

Caso clínico: Homem de 80 anos, internado por hipercalcemia grave sintomática. Apresentava náuseas, obstipação, dor abdominal e lesão renal aguda, com cálcio total de 14,6 mg/dL e creatinina de 2,16 mg/dL. O doente encontrava-se em estudo por suspeita de neoplasia abdominal desde o mês anterior, tendo realizado Tomografia Computorizada (TC) toracoabdominopélvica e biópsia hepática. A TC revelou volumosa lesão hepática heterogênea com invasão hilar e peri-duodenal, múltiplos focos intra-hepáticos, sem metastização óssea. A biópsia hepática mostrou carcinoma indiferenciado com perfil imunohistoquímico sugestivo de colangiocarcinoma.

Perante a hipercalcemia foi realizado estudo etiológico dirigido. Verificou-se PTH suprimida, compatível com mecanismo PTH-independente. O PTHrP era normal, tornando improvável a forma humoral clássica. A vitamina D era 29,5 ng/mL, sob suplementação suspensa no mês anterior. A ausência de metastização óssea tornava menos provável um mecanismo osteolítico. Foi assim assumida hipercalcemia da malignidade não PTHrP-mediada, provavelmente calcitriol-mediada.

Foi instituída hidratação endovenosa vigorosa, diurético de ansa, ácido zoledrónico e prednisolona 20 mg/dia, observando-se descida progressiva do cálcio com normalização ao 6.º dia. Do ponto de vista oncológico foi definida abordagem conservadora, atendendo à doença avançada e ao estado geral. Apesar da melhoria metabólica e otimização do controlo sintomático, a evolução foi desfavorável, com falecimento durante o internamento.

Conclusão: Este caso ilustra que a hipercalcemia da malignidade deve ser encarada como uma síndrome metabólica cujo mecanismo importa esclarecer. A presença de PTH suprimida, PTHrP normal, ausência de metastização óssea e resposta à terapêutica sustentaram uma forma provavelmente calcitriol-mediada.

POA 254

QUANDO A GLICOSE NÃO É SUFICIENTE: HIPOGLICEMIA GRAVE E DEFICIÊNCIA DE TIAMINA

Mari Angela N. Lopes; Dília R. Valente; Nuno Bernardino Vieira
Hospital Portimão

Introdução: Hipoglicemia grave é uma emergência médica potencialmente fatal com múltiplas etiologias: metabólicas, endócrinas, infecciosas ou neurológicas. Em doentes sem antecedentes conhecidos, a abordagem diagnóstica é desafiante e exige investigação rápida. Entre os diagnósticos diferenciais, além dos mais evidentes, devem considerar-se insuficiência suprarrenal e défices nutricionais, nomeadamente deficiência de tiamina.

Caso clínico: Homem 73 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação conhecidos. Admitido na urgência por alteração do estado de consciência e hipoglicemia grave. Iniciada correção com dextrose intravenosa, mas manteve agravamento estado neurológico, com crise convulsa. Iniciado levetiracetam, tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações, punção lombar excluiu infeção do sistema nervoso central. Clínica e analiticamente sem critérios de infeção. Excluído insulinoma, cortisol sérico baixo e ACTH normal/baixa, imagiologia suprarrenal inocente. Assumido insuficiência suprarrenal central, iniciada hidrocortisona, com melhoria das hipoglicemias, mas estado neurológico manteve-se confuso e desorientado no tempo, discurso lentificado e dificuldade em manter atenção, sem oftalmoparesia evidente. Sem défices motores focais. Reflexos osteotendinosos simétricos. Apesar de ausente tríade clássica da encefalopatia de Wernicke, iniciou tiamina (IV) alta dose, com rápida normalização neurológica e recuperação funcional completa.

Discussão: A abordagem da hipoglicemia grave exige intervenção rápida para evitar sequelas neurológicas permanentes. No algoritmo diagnóstico, a insuficiência suprarrenal – embora rara – deve ser considerada e tratada emergentemente. Contudo, outras etiologias concomitantes podem mascarar a evolução clínica. A administração de glicose em défice de tiamina pode agravar manifestações neurológicas, reforçando a importância da reposição precoce, mesmo empírica, podendo ser decisiva para a resolução clínica, como neste caso.

POA 255

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CONTEXTO DE DOENÇA DE GRAVES: UMA APRESENTAÇÃO RARA

Mariana Marques; Joana Sá Couto; Madalena Martins Vale; António Cardoso Fernandes; Patrícia Sobrosa; Ana Catarina Carvoeiro; Miguel Romano; Ana Rita Caldas; Rui Lima; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A Doença de Graves é uma patologia autoimune caracterizada por hipertiroidismo secundário à estimulação do recetor da TSH por autoanticorpos. A tempestade tiroideia é uma complicação rara e potencialmente fatal, sendo as principais manifestações febre, taquicardia, agitação, delirium, podendo evoluir para paragem cardiorrespiratória (1-3% dos casos).

Caso clínico: Homem de 44 anos, fumador, admitido no serviço de urgência em status pós-paragem cardiorrespiratória (PCR) súbita. Inicialmente em ritmo desfibrilável, evoluindo para assistolia e posteriormente, após desfibrilhação ao 5º ciclo, recuperação da circulação espontânea com perfil hipertensivo e eletrocardiograma em ritmo sinusal com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações laterais e septais. Foi submetido a cateterismo cardíaco urgente, que excluiu doença coronária significativa. Analiticamente destaca-se TSH <0,01 µUI/mL, T3 livre >20 pg/mL, T4 livre 3,31 ng/dL e TRAb positivos (11 UI/L), glicosimetricamente sem alterações iónicas. Iniciou-se de imediato terapêutica com propranolol (80 mg 8/8h), propiltiouracilo (1g bólus seguido de 200 mg 4/4h) e hidrocortisona (300 mg bólus, seguido de 100 mg 8/8h) por suspeita de tempestade tiroideia em contexto de Doença de Graves. O ecocardiograma não revelou alterações estruturais; realizada ressonância magnética cardíaca que excluiu necrose, fibrose ou miocardite. O estudo eletrofisiológico com teste de provocação com ajmalina foi negativo para padrão de Brugada. Assumiu-se paragem cardiorrespiratória secundária a tempestade tiroideia. Posteriormente, ajustada terapêutica para metibazol (10 mg 12/12h), prednisolona (40 mg/dia) e propranolol (40 mg 8/8h), tendo sido implantado cardio-desfibrilador subcutâneo para prevenção secundária.

Discussão: A tempestade tiroideia é uma emergência endocrinológica potencialmente fatal. Pode precipitar arritmias malignas e instabilidade elétrica miocárdica, mesmo na ausência de doença estrutural. O reconhecimento precoce e a instituição imediata de terapêutica antitiroideia e bloqueio beta-adrenérgico são determinantes para reduzir a mortalidade associada.

POA 256

COPROPORFIRIA HEREDITÁRIA NUMA JOVEM COM SINTOMATOLOGIA MULTISSISTÊMICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Marta Barrigas Santos¹; Jorge Pinheiro²; Inês Lesão²; Telmo Coelho²

¹Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro-Hospital de Chaves; ²Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

As porfrias constituem um grupo raro de doenças metabólicas hereditárias resultantes de defeitos na via de biossíntese do heme, podendo manifestar-se por quadros clínicos multissistémicos e inespecíficos, frequentemente responsáveis por atrasos diagnósticos. A coproporfiria hereditária, associada a variantes patogénicas no gene *CPOX*, é uma forma rara de porfria aguda que pode cursar com manifestações neuroviscerais, neurológicas e autonómicas.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 18 anos, previamente saudável e desportista, com início em agosto de 2024 de episódios recorrentes de urina escura tipo “coca-cola”, inicialmente após esforço físico. Desde novembro de 2024 desenvolveu intolerância ao exercício, vertigem persistente, instabilidade postural, cefaleia holocraniana, mialgias e défice motor proximal, associados a náuseas, refluxo gastroesofágico, anorexia e obstipação, com perda ponderal de 6 kg. Foi internada em várias ocasiões para investigação. A ressonância magnética encefálica e a tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica não revelaram alterações estruturais relevantes. O estudo neurofisiológico mostrou achados sugestivos de miopatia proximal ligeira. Analiticamente destacava-se haptoglobina transitoriamente diminuída, ferritina baixa e anticorpos antinucleares positivos (1:320), sem outros marcadores autoimunes relevantes. A investigação metabólica inicial foi inconclusiva. O estudo de porfirinas urinárias demonstrou aumento de uroporfirina e o estudo genético identificou uma variante em heterozigotia no gene *CPOX* (c.951delA), previamente não descrita e classificada *in silico* como provavelmente patogénica, compatível com coproporfiria hereditária.

Este caso ilustra a complexidade diagnóstica das doenças metabólicas raras e a importância de uma abordagem multidisciplinar em doentes jovens com sintomatologia multissistémica. A coproporfiria hereditária deve ser considerada no diagnóstico diferencial de episódios recorrentes de urina escura associados a sintomas neurológicos inespecíficos. O estudo genético pode ser determinante para a confirmação diagnóstica e orientação terapêutica.

POA 257

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE IGG4-RD MULTISSISTÊMICA

Mariana Macedo Cardoso; Ana Nunes; Joana Cunha; Mariana Lima Lourenço; Inês Fernandes; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: A doença relacionada com IgG4 (IgG4-RD) é uma entidade fibro-inflamatória sistêmica rara que pode mimetizar neoplasias sólidas ou doenças linfoproliferativas, constituindo um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 71 anos, sem antecedentes relevantes, com dois episódios de pancreatite em meses consecutivos. Na investigação etiológica identificaram-se massas infiltrativas bilaterais do seio renal com dilatação pielocalicial. A colangio-RM revelou lesões com até 7,6 cm à direita e 3,9 cm à esquerda e implantes perirrenais, sugestivo de doença linfoproliferativa.

A biópsia da massa perirrenal evidenciou processo inflamatório crónico fibroesclerosante com infiltrado linfoplasmocitário abundante e >40 plasmócitos IgG4+/mm². O doseamento sérico de IgG4 era normal. Seguiu-se o estudo com TC-TAP que revelou processo expansivo retroperitoneal bilateral envolvendo os hilos renais, adenopatias hilares pulmonares, lesão paravertebral a D9 e calcificações pancreáticas sugestivas de pancreatite crónica, e PET que demonstrou hipermetabolismo nas lesões descritas e novos focos ósseos (cabeça do fémur direito, asa esquerda do sacro, corpos vertebrais C6 e L5, parede inferior da órbita esquerda) e nos seios perinasais. Ambas reforçando a suspeita de neoplasia disseminada. Realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem sinais malignidade.

Na sequência do estudo, realizou ecoendoscopia brônquica com biópsia ganglionar mediastínica, seguida de biópsia ganglionar cirúrgica com vista a aumentar a certeza diagnóstica, ambas sem evidência de malignidade. Após exclusão de neoplasia, a presença de sinais de pancreatite crónica e achados histológicos sugestivos, assumiu-se o diagnóstico de IgG4-RD multissistémica. Iniciou prednisolona 40 mg/dia com desmame progressivo. Dois meses após instituição da corticoterapia verificou-se marcada resposta imagiológica, com redução das lesões retroperitoneais e torácicas e melhoria da dilatação pielocalicial.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação multissistémica de IgG4-RD cuja distribuição atípica de lesões mimetizou neoplasia maligna disseminada. A integração clínica, imagiológica e histopatológica é essencial para o diagnóstico e prevenção da evolução para fibrose e disfunção orgânica.

POA 258

TOXICIDADE IMUNOMEDIADA: UM CASO COM ENVOLVIMENTO MULTISSISTÊMICO

Ana Rita Oliveira Tomás; Luísa Martinho Marques; Rafael Beja Cruz; Constança Coutinho; Daniela Madeira; Susana Heitor
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Os inibidores dos *checkpoints* imunológicos (ICI) revolucionaram o tratamento oncológico, mas podem estar associados a efeitos adversos imunologicamente relacionados (irAE) imprevisíveis e potencialmente graves. Apresentamos o caso de uma doente com toxicidade multissistémica no contexto de imunoterapia.

Mulher de 76 anos, com carcinoma de células claras do rim metastizado sob tratamento com nivolumab e ipilimumab. Recorreu ao serviço de urgência por náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia, astenia e febre. À admissão, apresentava-se hipotensa e febril. Analiticamente com creatinina 1.3 mg/dL, proteína C reativa 6 mg/dL, aspartato transaminase 108 U/L, alanina transaminase 94 U/L, fosfatase alcalina 190 U/L, gama glutamiltransferase 138 U/L, bilirrubina total 1.48 mg/dL e direta 0.9 mg/dL e leucocitúria. Assumiu-se urossépsis e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone. A doente evoluiu com hipoglicémia, hipoxémia, acompanhada de fôvres crepitantes à auscultação pulmonar e edema periférico, agravamento da função renal e da citocolestase. Do estudo adicional, destacou-se peptídeo natriurético tipo B N-terminal 7170 pg/mL, hormona estimuladora da tiroide <0.005 mIU/L com tiroxina e triiodotironina livres diminuídas e anticorpos anti-tiroideus negativos, hormona adrenocorticotrófica e cortisol suprimidos e hipereosinofilia. A doente realizou radiografia torácica que revelou derrame pleural, ecografia abdominal que excluiu lesões hepáticas de novo ou obstrução biliar e ressonância magnética de crânio que revelou hipofisite. Após discussão multidisciplinar, foi estabelecido o diagnóstico de toxicidade multissistémica grave associada à imunoterapia, com hipofisite e consequente hipotireoidismo e insuficiência suprarrenal, hepatite, nefrite tubulo-intersticial e insuficiência cardíaca. A doente suspendeu a terapêutica oncológica e iniciou corticoterapia sistémica, com melhoria clínica e analítica francas.

Embora essencial para o controlo tumoral, a hiperativação imunológica induzida pelos ICI pode conduzir a irAE graves, que podem afetar praticamente todos os órgãos e sistemas e mimetizar outras patologias mais comuns. É importante uma abordagem multidisciplinar e elevado grau de suspeição para permitir o diagnóstico atempado e terapêutica adequada.

POA 259

MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA: IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE

Beatriz Câmara Lourenço; Inês Amaral Pinto; Sara M. Ribeiro; Pedro Caiano Gil; João Luís Miranda; Fábio Murteira

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: A miopatia necrotizante imunomediada associada a anticorpos anti-HMGCR é uma complicação rara das estatinas, podendo cursar com envolvimento sistémico relevante.

Caso clínico: Homem de 64 anos, com dislipidemia medicado com atorvastatina 40 mg/dia há 5 anos e retinite pigmentar, recorre ao serviço de urgência por quadro de infeção respiratória associada a fraqueza muscular proximal progressiva, com 10 semanas de evolução. Internado por pneumonia adquirida na comunidade, com insuficiência respiratória (IR) tipo 2, sem acidemia. Identificou-se tetraparésia proximal (força grau 1) motivando o estudo de miopatias. Observou-se elevação da creatina quinase (5986 U/L), mioglobina (5714 ng/mL), aldolase (97 U/L), lactato desidrogenase e transaminases 6x o limite superior do normal. Complemento normal e eletromiografia sem padrão miopático. Excluídas ainda causas endócrinas e metabólicas. Foi suspensa a atorvastatina e tinha estudo autoimune pendente à alta. Ao fim de 15 dias, novo internamento por infeção respiratória com IR tipo 2 com acidemia e necessidade de ventilação não invasiva contínua na Unidade de Cuidados Intensivos, conhecendo-se aí resultados pendentes: anti-HMGCR positivo (165.3 CU; normal <20CU), com restantes anticorpos anti-miopatias negativos, painel de aminoácidos e acilcarnitinas normal, confirmando-se miopatia necrotizante imunomediada. Iniciou imunoglobulina EV (2 g/kg/mês) e metilprednisolona (1g/dia), 5 dias, seguida de prednisolona a 1 mg/kg/dia. Apesar da terapêutica, verificou-se agravamento progressivo da mecânica ventilatória, com atelectasias e dessaturações recorrentes, culminando no óbito.

Conclusão: Apesar de menos frequente, a insuficiência ventilatória por fraqueza dos músculos respiratórios é uma manifestação grave na miopatia necrotizante autoimune associada a anticorpos anti-HMGCR, reforçando a necessidade de avaliação sistemática da função respiratória nestes doentes.

POA 260

O EQUILÍBRIO DIFÍCIL: HIPOCOAGULAÇÃO NO SAAF DE ALTO RISCO COM ANGIECTASIAS SANGRANTES

João Leão Lopes; Carla Costa; Marta Pinto De Almeida; Ryan Costa Silva; Sérgio Bronze; Joana Rosa Martins

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Síndrome de Anticorpos Antifosfolípidos (SAAF) exige anticoagulação eficaz. Contudo, a presença de angiectasias gastrointestinais sangrantes gera um dilema clínico complexo, onde o risco trombótico e o risco hemorrágico se sobrepõem, exigindo

estratégias terapêuticas inovadoras.

Caso clínico: Mulher, 61 anos, com antecedentes pessoais de Lúpus Eritematoso Sistémico e SAAF secundário triplo positivo com eventos arteriais prévios (AVC isquémico), admitida por anemia por perdas com necessidade de suporte transfusional frequente. Realizado estudo endoscópico que revelou múltiplas angiectasias do duodeno ao cego, submetidas a fulguração com árgon-plasma. Atendendo a diagnóstico de SAAF de alto risco, apresentava necessidade imperiosa de hipocoagulação *ad eternum*. Inicialmente, optou-se por terapêutica de primeira linha com octreótido para controlo das angiectasias concomitantemente com hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular. Após falência da terapêutica convencional, com persistência de perdas hemáticas e agravamento da anemia, foi iniciado Bevacizumab, que permitiu estabilização dos valores de hemoglobina e cessação da necessidade de suporte transfusional, possibilitando a manutenção segura da hipocoagulação.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da gestão da hipocoagulação em doentes com patologia hemorrágica concomitante, uma vez que a hemorragia significativa constitui indicação para suspensão temporária da hipocoagulação, mas, em doentes com SAAF de alto risco, tal aumenta substancialmente o risco de eventos trombóticos. O Bevacizumab, anticorpo monoclonal anti-VEGF, constitui uma alternativa terapêutica eficaz no controlo de angiectasias refratárias ao tratamento endoscópico e aos análogos da somatostatina, permitindo manter a hipocoagulação num cenário de SAAF de alto risco.

POA 261

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COM VASCULITE CUTÂNEA GRAVE E CRIOGLOBULINEMIA TIPO II: RELATO DE CASO

Filipe Eduardo Dias Costa; Andre Jesus; Inês Furtado; Ivo Barreiro

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica com apresentações clínicas heterogéneas. A vasculite cutânea pode ocorrer em fases de elevada atividade inflamatória, sendo a associação com crioglobulinemia rara, sobretudo na ausência de infeção por vírus hepatotrópicos.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 57 anos, com diagnóstico de LES, recorre ao serviço de urgência por agravamento de lesões cutâneas e isquemia do 3º dedo da mão esquerda. Ao exame Objetivo apresentava lesões livedóides e perniose das extremidades, lesões descamativas com distrofia ungueal e lesões anulares com halo hipopigmentado no dorso e coxa esquerda, uma delas com sinais de isquemia dos bordos.

Analiticamente destacava-se pancitopenia, elevação marcada dos parâmetros inflamatórios (VS >140 mm),

positividade para ANA e anti-dsDNA, anticorpos anti-histona, anti-nucleossoma, anti-C1q, Ro52 e Ku, com consumo de complemento e hipergamaglobulinemia policlonal. Verificou-se ainda proteinúria subnefrótica. Perante o quadro clínico e analítico, a doente foi internada para investigação. Do estudo realizado, biópsia renal a revelar nefrite lúpica classe II, estudo de crioglobulinas a confirmar crioglobulinemia tipo II e tomografia computadorizada sem sinais sugestivos de doença linfoproliferativa. Assumido LES com elevada atividade inflamatória (SLEDAI 27) com vasculite cutânea grave, envolvimento renal e crioglobulinemia associada, tendo iniciado pulsos de metilprednisolona seguidos de corticoterapia sistémica e imunossupressão com rituximab.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação rara de LES com vasculite cutânea grave associada a crioglobulinemia tipo II, sem infeção viral associada. O reconhecimento precoce e a instituição de imunossupressão intensiva permitiram evolução clínica favorável, salientando a importância de abordagem multidisciplinar nas formas graves da doença.

POA 262

A FACE REVERSA DA IMUNOTERAPIA – UM CASO DE TOXICIDADE CUTÂNEA A PEMBROLIZUMAB

Inês Ferreira; André Nogueira Antunes; António Pedro Sousa; Carolina Marcos Queijo; Margarida Montes; Natália Lopes; Fernando Guimarães; José Presa

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A imunoterapia com inibidores dos checkpoints imunitários tem assumido um papel crescente no tratamento de doença neoplásica. O pembrolizumab é um anticorpo monoclonal IgG4 que bloqueia seletivamente o receptor programmed death-1 (PD-1) nos linfócitos T. Apesar do benefício clínico, pode associar-se a manifestações cutâneas graves como o síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica, raras mas potencialmente fatais.

Caso clínico: Homem de 59 anos, ECOG 2, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, perturbação do uso do álcool, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença ulcerosa péptica. Diagnosticado com carcinoma espinocelular metastático (metastização ganglionar cervical, pulmonar, hepática e óssea), com provável origem na cabeça e pescoço. Iniciou quimio e imunoterapia paliativas com cisplatina, 5-fluorouracil e pembrolizumab, com resposta imagiológica favorável, mas desenvolvimento de diabetes mellitus associada a corticoterapia. Após a terceira administração de imunoterapia surgimento de exantema dorsal pruriginoso ligeiro. Agravamento com progressão para o tronco, região cervical e membros, associado a áreas bolhosas e destacamento cutâneo, que motivou recurso ao serviço de urgência. Analiticamente, a destacar hiperglicemia de 300 mg/dL. Foi

internado por provável reação cutânea imunomediada associada a pembrolizumab (*Common Terminology Criteria for Adverse Effects - CTCAE grau 4, SCORE of Toxic Epidermal Necrosis - SCORTEN 4*) e diabetes descompensada. Evolução favorável após suspensão do pembrolizumab, início de prednisolona 1 mg/kg/dia e intensificação da insulinoaterapia.

Discussão: A imunoterapia tem revolucionado o paradigma de tratamento da doença neoplásica, tornando-se essencial reconhecer e atuar precocemente nos seus efeitos adversos para redução da morbimortalidade. Com este caso alertamos para uma potencial forma grave de toxicidade cutânea dos inibidores do PD-1, reforçando o papel da vigilância clínica, abordagem multidisciplinar e corticoterapia sistémica precoce.

POA 263

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: ENCRUZILHADA ENTRE NEUROSARCOIDOSE E TUBERCULOSE

Tiago Escalreira; Gonçalo Ferraria; Jorge Silva Ferreira

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Neurosarcoidose (NS) é uma manifestação rara de Sarcoidose com envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC). A sua coexistência e diagnóstico diferencial com Tuberculose representa um desafio. Por um lado, ocorre frequentemente sobreposição de manifestações neurológicas e imagiológicas. Por outro, impõe-se o risco de reativação da Tuberculose Latente (TBL) inerente à utilização de imunossuppressores.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 54 anos, natural de Moçambique, admitida após ser encontrada na via pública com quadro de confusão, heteroagressividade e cefaleia. Analiticamente com leucopenia e linfopenia relativa. A Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica evidenciou áreas de hipodensidade subcortical bilaterais e o líquido revelou pleocitose linfocítica, hiperproteinorraquia e bandas oligoclonais em espelho, com pesquisa negativa de micobactérias. A Ressonância Magnética Crânio-encefálica demonstrou realce leptomeníngeo difuso supratentorial, com micro-hemorragias associadas. Após investigação foi obtida documentação de internamento na Alemanha no ano transacto, que referenciava “NS provável e TBL”, com terapêutica que esta não cumpriu. Após exclusão de infeção ativa do SNC, assumiu-se o diagnóstico de NS. Iniciados pulsos de metilprednisolona, seguido de prednisolona e metotrexato de manutenção, bem como isoniazida e piridoxina, perante TBL. No internamento a doente apresentou evolução favorável, com resolução total do quadro.

Discussão: O caso destaca a dificuldade de gerir doentes com NS e TBL, sendo imperativa a exclusão de infeção ativa do SNC antes de iniciar terapêutica imunossupressora. O balanço entre tratar a NS e prevenir a reativação micobacteriana requer minúcia diagnóstica e terapêutica e necessidade de vigilância

apertada da hepatotoxicidade cruzada (metotrexato e isoniazida) e uma articulação multidisciplinar para assegurar cuidados.

POA 264

UMA EMERGÊNCIA RENAL COM CAUSA IMUNOLÓGICA

Lúcia Carreira-Marques; Diogo Matias; Mafalda Pereira; Vanessa Chaves; Edite Pereira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A vasculite associada a anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) é uma causa rara, mas potencialmente fatal, de insuficiência renal (IR) rapidamente progressiva, podendo cursar com clínica inespecífica e atraso no diagnóstico. A identificação precoce e o início célere de imunossupressão são determinantes para o prognóstico.

Mulher, 66 anos, fumadora, vai à urgência por astenia, lentificação psicomotora, vômitos e dor torácica. Sem febre ou outros sintomas de relevo. Analiticamente com anemia normocítica, proteína C reativa 340,6 mg/L, acidose metabólica com gap aniônico aumentado, hipercaliemia grave 7,0 mEq/L e IR aguda (creatinina 12,5 mg/dL vs. basal 0,6 mg/dL), com sedimento urinário ativo. O estudo imunológico revelou ANCA mieloperoxidase (MPO) positivo (>200), com anti-membrana basal glomerular negativo. Evoluiu em oligúria com indução dialítica urgente. Na unidade de cuidados intermédios iniciou terapêutica de indução com pulsos de metilprednisolona, seguida de prednisolona 1mg/kg/dia, ciclofosfamida (CYC) endovenosa e plasmaferese em dias alternados. A biópsia renal foi realizada após correção da coagulopatia induzida pela plasmaferese (PF), com histologia compatível com o diagnóstico. A investigação complementar não evidenciou hemorragia alveolar. Como complicações, episódios de fibrilhação auricular de novo e crise convulsiva associada a hemorragia subaracnoideia (HSA). Do estudo etiológico, sem evidência de aneurisma nem vasculite do sistema nervoso central em angio-ressonância com *vessel wall* - HSA em provável contexto multifactorial (hemodiálise, PF, hipertensão arterial). Evolução favorável, com recuperação da função renal a permitir independência dialítica após cerca de um mês de tratamento de indução. Após 4 tomas de ciclofosfamida, neutropenia grave (neutrófilos <250) associada à CYC, colocando novos desafios na escolha da terapêutica imunossupressora. Este caso ilustra uma apresentação grave de vasculite ANCA MPO com atingimento renal e necessidade precoce de suporte dialítico. Destaca-se a inespecificidade clínica inicial, a complexidade da gestão terapêutica e o risco aumentado de complicações hemorrágicas, cardiovasculares e hematológicas. A suspeição clínica atempada e a abordagem multidisciplinar foram determinantes na condução do caso.

POA 265

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA POR HIPERTENSÃO MALIGNA NUMA DOENTE JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Mateus; Beatriz Tallon; Raul Neto;

Margarida Nascimento; Edgar Almeida; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

A hipertensão arterial (HTA) maligna corresponde a lesão microvascular difusa e cursa com microangiopatia trombótica (MAT). Em doentes jovens e com emergências hipertensivas, a exclusão de causas secundárias de HTA é mandatória.

Doente de 33 anos do sexo feminino recorre ao serviço de urgência por dispneia exercional, cefaleia, mal-estar geral, e oligúria. Ao exame inicial destacava-se pressão arterial >200/120mmHg. Analiticamente apresentava anemia (Hb 8,4 g/dL), trombocitopenia (115.000), LDH elevada (564 U/L), e haptoglobina reduzida (22 mg/dL), sem esquizócitos; Lesão renal aguda grave (ureia 241 mg/dL, creatinina 14,8 mg/dL), com leuco-hematúria microscópica, e proteinúria de 1074mg/24h, sem cilindros, eritrócitos dismórficos ou eosinofilia. Em análises do ano prévio tinha creatinina de 1,6mg/dl e albuminúria 300mg/L.

Foi admitida na unidade de cuidados intensivos por emergência hipertensiva, necessitando de perfusão de Labetalol, e terapêutica anti-hipertensora tripla. Por oligúria, urémia e sobrecarga hídrica, iniciou hemodiálise (HD).

A ecografia renal revelou nefropatia médica crónica, sem patologia das artérias renais. O estudo imunológico foi negativo (ANA, ENA, ANCA, anti-GBM, e anti-PLA2R). A biópsia renal identificou isquémia glomerular, glomeruloesclerose segmentar e focal colapsante, e sinais de MAT – trombos arteriais e arteriolares, com esquizócitos. No estudo de causas secundárias de HTA foi identificado hiperaldosteronismo primário por adenoma suprarrenal esquerdo. Em ambulatório mantém HD com recuperação progressiva da diurese, tendo sido posteriormente submetida a adrenalectomia esquerda.

A HTA maligna é uma causa rara de MAT, distinta das restantes por poucos esquizócitos e trombocitopenia moderada. Este caso sublinha a complexidade do diagnóstico diferencial em doentes com lesão renal, MAT e HTA, oferecendo desafios à abordagem terapêutica. O seguimento prévio adequado poderia ter permitido intervenção atempada, prevenindo progressão para doença renal crónica terminal.

POA 266

NÃO ESQUECER O CORAÇÃO DIREITO! TEP CRÔNICO: ETIOLOGIA SUBDIAGNOSTICADA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Ana Sofia Custódio¹; Vasco Leonardo¹; Catarina Távora²; Mafalda Leal³; Sofia Furtado¹; Inês Araújo¹

¹ULS de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital São Francisco Xavier;

²Hospital de Cascais; ³ULS São José

Introdução: A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (CTEPH) é uma causa potencialmente tratável de insuficiência cardíaca (IC). A apresentação clínica é inespecífica, o que pode levar a um atraso diagnóstico e atribuição dos achados a entidades mais prevalentes, como a IC com disfunção ventricular esquerda (VE).

Caso clínico: Mulher, 43 anos, antecedentes de tireoidectomia por carcinoma papilar e hipertensão. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de esforço, toracalgia retroesternal e edema periférico com 6 semanas de evolução. Analiticamente com NTproBNP 3211pg/ml, troponina negativa e D-dímero 34122ng/ml; ECG com padrão S1Q3T3. Angio-TC tórax excluiu tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, mas revelou sinais de hipertensão pulmonar (HTP) e alterações inespecíficas da ventilação/perfusão (V/P).

Ficou internada por IC inaugural. No ecocardiograma com dilatação das cavidades direitas, disfunção moderada do ventrículo direito, PSAP estimada de 52 mmHg, sinais indiretos de HTP e fração de ejeção VE 45%. Assumida IC com FEVE ligeiramente reduzida, tendo alta sob terapêutica diurética e modificadora de prognóstico.

Na 1ª consulta de IC, 4 meses depois, apresentava-se em classe NYHA III, sem sobrecarga hídrica, com perfil hipotensivo sintomático.

Foi referenciada para cateterismo direito a um centro de referência de HTP que mostrou HTP pré-capilar risco intermédio-alto (PAPm 56 mmHg, PCWP <15mmHg, RVP 14 UW). Não se confirmou disfunção VE e a cintigrafia V/P mostrou TEP bilateral. Assumiu-se diagnóstico de CTEPH, iniciando anticoagulação oral e terapêutica vasodilatadora pulmonar (tadalafil).

Discussão: Este caso sublinha a importância de uma abordagem etiológica da IC orientada pelo fenótipo clínico, dados imagiológicos e hemodinâmicos, reforçando que nem toda a IC é mediada por disfunção do VE. A referência precoce a centros de referência de HTP é fulcral para um diagnóstico adequado e acesso atempado a opções terapêuticas modificadoras de prognóstico, como na CTEPH.

POA 267

HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Andreia Gravata; Mónica Côrte-Real; Kelly Tembe; Letícia Naben; Carolina De Almeida Robalo; Ana Santos Costa; Miguel Rodrigues; Ricardo Pereira; Francisco Morgado; Joana Carreira; Aissato Cassama; Susana Marques

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: O hiperaldosteronismo primário (HAP) é considerado a forma mais frequente de hipertensão secundária. Não obstante, é uma patologia reconhecidamente subdiagnosticada conforme referido nas mais recentes orientações que recomendam a sua investigação a um grupo de doentes cada vez mais alargado.

Caso clínico: Doente de 52 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA) medicado com seis anti-hipertensores e obesidade. Referenciado à consulta hospitalar de HTA após múltiplos episódios no Serviço de Urgência de crise hipertensiva.

Na primeira avaliação, confirmada HTA resistente e após consulta de processo clínico, identificada a presença de hipocaliémia ligeira recorrente.

Pela suspeita de HTA secundária, nomeadamente a presença de HAP, foram realizados os doseamentos hormonais de aldosterona, renina e atividade da renina plasmática, cujos resultados não foram fidedignos pela intolerância da alteração terapêutica anti-hipertensora. Por manter elevada suspeita do diagnóstico, foi solicitada TC abdominal que identificou a presença de formação nodular na glândula suprarrenal direita.

Com base nos achados, considerou-se provável o diagnóstico de HAP – Síndrome de Conn e o doente foi referenciado à Cirurgia Endócrina, tendo sido submetido a adrenalectomia direita. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenoma produtor da suprarrenal direita.

Desde a cirurgia, o doente apresenta perfil tensional controlado de forma sustentada, permitindo a descalção para uma terapêutica farmacológica dupla.

Discussão: O HAP representa uma das principais causas de HTA secundária, particularmente em doentes com HTA resistente. A identificação precoce do HAP como causa de HTA é extremamente importante, uma vez que se associa a menor risco de lesão de órgão-alvo e maior impacto na redução sustentada da pressão arterial, permitindo a realização de terapêutica dirigida, além da farmacológica, conforme este caso exemplifica.

POA 268

UMA COMPLICAÇÃO RARA APÓS UM GESTO COMUM: EMBOLIA GASOSA VENOSA

Ana Sofia S Soares; Yu Wang; António Malcata;
Marisa Teixeira Silva; Ana Maria Baltazar; Nuno Reis Carreira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A embolia gasosa venosa é uma complicação rara e potencialmente fatal associada a procedimentos invasivos, incluindo manipulação ou remoção de cateteres venosos centrais. O reconhecimento precoce e a instituição imediata de medidas terapêuticas são determinantes para reduzir a morbimortalidade.

Caso clínico: Homem de 79 anos com doença renal crónica KDIGO 5 admitido por traumatismo crânioencefálico e alteração do estado de consciência. Analiticamente apresentava agudização da doença renal crónica. Após falência de tratamento conservador com fluidoterapia oral e endovenosa, iniciou hemodiálise através de cateter venoso central provisório jugular direito, realizando três sessões com recuperação da função renal e da diurese. Após remoção do cateter verificou-se deterioração súbita do estado de consciência, com coma, hipotensão, bradicardia e bradipneia, mantendo murmúrio vesicular simétrico. Perante suspeita de embolia gasosa venosa foi colocado em posição de Trendelenburg com decúbito lateral esquerdo, administrado oxigénio de alto débito e fluidoterapia, com rápida melhoria hemodinâmica. O diagnóstico foi confirmado por ecocardiograma à cabeceira com visualização de bolhas de ar intracardíacas. O doente realizou tratamento em câmara hiperbárica durante cinco horas, com recuperação do estado de consciência. Apresentou hemiparésia direita transitória, sem alterações em TC cranioencefálica ou eletroencefalograma, com recuperação completa após reabilitação.

Discussão: A embolia gasosa venosa resulta da entrada de ar no sistema venoso durante manipulação ou remoção de cateteres venosos centrais, podendo causar colapso hemodinâmico e défices neurológicos súbitos. Apesar de rara, deve ser considerada perante deterioração clínica abrupta após estes procedimentos. Este caso destaca a importância da suspeição clínica, intervenção imediata e do ecocardiograma à cabeceira no diagnóstico e orientação terapêutica.

POA 269

TAQUICARDIOMIOPATIA INDUZIDA POR ESTIMULANTES: ATÉ ONDE AGUENTA O CORAÇÃO?

Daniel Lima Alves; Nuno Pardal; Iara Fazenda;
Ana Frederica Parente; Miguel Torrinhos; Maria Muchata;
Ana Rita Oliveira; Daniela Salgueiro; João Pedro Pais; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A taquicardiomiopatia é uma causa potencialmente reversível de disfunção ventricular sistólica,

resultante de taquiarritmias persistentes ou frequentes. O consumo excessivo de estimulantes, nomeadamente cafeína e taurina, pode desencadear alterações pró-arritmicas com impacto estrutural e funcional no miocárdio.

Caso clínico: Homem, 57 anos, antecedentes de tabagismo, dislipidemia e obesidade, com consumo crónico de cerca de 1500 mg de cafeína/dia e 12 g de taurina através de bebidas energéticas. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço, palpitações e ortopneia com três semanas de evolução. Ao exame Objetivo apresentava taquicardia, turgescência venosa jugular, edema maleolar com sinal de Godet e crepitações bibasais. A radiografia torácica evidenciou cardiomegalia. Analiticamente destacava-se BNP de 755,5 pg/mL. O eletrocardiograma revelou ritmo sinusal a 123 bpm, extrassístoles ventriculares frequentes com períodos de bigeminismo e QTc de 532 ms. A ecocardiografia mostrou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 15%. Foi internado para monitorização e iniciou terapêutica modificadora de prognóstico para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Durante o internamento verificou-se controlo da frequência cardíaca e melhoria da congestão. A ressonância magnética cardíaca evidenciou dilatação biventricular, sem sinais de infiltração ou etiologia isquémica. Em reavaliação seis meses após a alta, mantendo apenas dois cafés/dia e cessação de bebidas energéticas, encontrava-se assintomático. O Holter mostrou ritmo sinusal com FC média de 76 bpm e o ecocardiograma documentou recuperação da FEVE para 55%.

Conclusão: Este caso evidencia o potencial papel dos estimulantes no desenvolvimento de cardiomiopatia, quer por efeito tóxico direto, quer por mecanismo arritmogénico sustentado. A identificação precoce e a suspensão do fator desencadeante são determinantes para a reversibilidade da disfunção ventricular.

POA 270

DISSECÇÃO AÓRTICA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA, MIMETIZANDO AVC

Marco Marta; Narciso Oliveira; Vanessa Palha; Ana Sá;
Beatriz Santos; Miguel Antunes

Hospital de Braga

Introdução: A dissecção aguda da aorta é uma emergência médica rara, com elevada morbi-mortalidade, que requer um diagnóstico célere. Apresenta-se classicamente com dor torácica súbita e excruciante; contudo, apresentações atípicas são frequentes e podem atrasar o diagnóstico. Défices neurológicos podem ocorrer em cerca de 15-30% dos casos simulando acidentes vasculares cerebrais.

Caso clínico: Homem, 64 anos, autónomo, com início de confusão, prostração e dificuldade na manipulação de objetos, 3 horas antes, tendo sido ativada Via Verde AVC na triagem. Sem dor torácica ou antecedentes pessoais relevantes.

À observação, apresentava-se hipotenso (81/39 mmHg), obnubilado, com discurso monossilábico, mas sem défices motores focais ou assimetria facial. A TC cerebral e a angio-TC de vasos do pescoço não mostraram oclusões de grandes vasos ou lesões parenquimatosas agudas. Perante a manutenção do perfil hipotensivo e estado neurológico, associado à elevação de D-Dímeros (4481 ng/mL) foi realizada Angio TC-TAP que revelou dissecação da aorta (Stanford tipo A), estendendo-se desde a raiz até às artérias ilíacas, com envolvimento do tronco braquiocéfálico e da artéria subclávia esquerda. O doente foi transferido para Cirurgia Cardiorádica, sendo realizada substituição da porção tubular da Aorta Ascendente e hemiarco em Zona 2 com sucesso, recebendo alta ao 8º dia pós-operatório sem sequelas neurológicas e valores tensionais normais.

Conclusão: Este caso sublinha o desafio diagnóstico da dissecação aguda da aorta quando a dor torácica está ausente. A hipotensão arterial num doente com suspeita de AVC deve alertar para diagnósticos diferenciais, como síndromes aórticas agudas com compromisso dos vasos supra-aórticos. O elevado índice de suspeita permite maior celeridade no diagnóstico e tratamento.

POA 271

DA ODINOFAGIA À CIRURGIA EMERGENTE: UM CASO DE DISSEÇÃO AÓRTICA TIPO A

Filipe Eduardo Dias Costa; Sara Dourado

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A dissecação aguda da aorta tipo A é uma emergência médica tempo-dependente, com mortalidade estimada em 1–2% por hora nas primeiras 24 horas se não tratada (1). Embora a dor torácica súbita e intensa seja a manifestação clássica, apresentações atípicas ocorrem até em 30% dos casos (2).

Caso clínico: Mulher de 73 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença pulmonar obstrutiva crónica de provável fenótipo enfisematoso associada a bronquiectasias, em contexto de carga tabágica significativa, e portadora de pacemaker bica-meral implantado por disfunção do nó sinusal, recorreu ao Serviço de Urgência por dois episódios de lipotímia precedidos de odinofagia súbita intensa, sudorese fria e vômito, sem perda de consciência. À admissão encontrava-se consciente, com tensão arterial de 99/68 mmHg, frequência cardíaca de 68 batimentos por minuto e saturação periférica de oxigénio de 94% em ar ambiente. O estudo analítico revelou leucocitose e elevação significativa dos dímeros-D. Perante a recorrência dos episódios e o contexto analítico, realizou tomografia computadorizada torácica com contraste que evidenciou derrame pericárdico moderado de provável conteúdo hemático e descontinuidade da parede da aorta ascendente com extravasamento ativo de contraste, compatível com rotura aguda em contexto de

síndrome aórtica aguda. O ecocardiograma confirmou derrame pericárdico sem sinais francos de tamponamento e estenose aórtica moderada a grave associada. Estabelecido o diagnóstico de dissecação aguda da aorta tipo A, foi submetida a cirurgia urgente com substituição da válvula aórtica e da aorta ascendente. A evolução foi globalmente favorável, registando-se fibrilhação auricular transitória no pós-operatório.

Discussão: A ausência de dor torácica típica pode atrasar o diagnóstico (2). Neste caso, a lipotímia poderá ter resultado de instabilidade hemodinâmica transitória secundária a rotura contida com derrame pericárdico inicial, num estado de pré-tamponamento. A odinofagia poderá traduzir dor referida mediastínica, manifestação raramente descrita. A angiotomografia computadorizada constitui o exame de eleição na suspeita de síndrome aórtica aguda (3), tendo sido determinante para o diagnóstico atempado e intervenção cirúrgica emergente.

POA 272

ENDOCARDITE POR STREPTOCOCCUS DYSGALACTIAE COM PERFURAÇÃO VALVULAR E DISFUNÇÃO MULTIORGÂNICA

Rita Marques Borges; Rosário Calado; Catarina Flor Martins; Francisco M. M. Pinheiro; Susana Loureiro; Maria Isabel Apolinário; Ana Luísa Azevedo; Filipa Silva; Guilherme Castro Gomes

Hospital de Braga

A endocardite infecciosa é uma patologia potencialmente fatal, caracterizada pela infeção do endocárdio, geralmente envolvendo válvulas cardíacas, sendo a válvula mitral a mais afetada. O *Streptococcus dysgalactiae* é um agente menos comum de endocardite, mas associado a gravidade, com alto risco de embolização e disfunção orgânica.

Apresenta-se o caso de um homem de 55 anos, com antecedentes de alcoolismo e obesidade, admitido no SU por astenia e dispneia com 2 semanas de evolução. Apresentava-se febril, com higiene oral deficiente e lesão crónica trófica no membro inferior. O estudo analítico revelava aumento de parâmetros inflamatórios e disfunção renal. O TC-TAP mostrava sequelas de enfarte esplénico. As hemoculturas foram positivas para *Streptococcus dysgalactiae*. Nas primeiras 24h, tendo iniciado antibioterapia ainda no SU. Por suspeita de endocardite infecciosa realizou ecocardiograma transesofágico, que confirmou o diagnóstico - revelou vegetação e perfuração da válvula mitral.

Horas após o diagnóstico, apresentou agravamento clínico com disfunção neurológica - depressão do estado de consciência decorrente de embolização cerebral documentada em RMN, agravamento da disfunção renal - elevação da creatinina para 3,5 mg/dl, em provável contexto de necrose tubular aguda isquémica, e disfunção hematológica - anemia grave e coagulopatia. Foi submetido a anuloplastia da válvula

mitral e pericardiectomia antefrenica. Posteriormente foi submetido a medidas de otimização da disfunção multiorgânica e reabilitação.

Este caso destaca a evolução rápida para disfunção multiorgânica, com necessidade de abordagem multidisciplinar e cirurgia urgente num doente com endocardite, que se apresenta inicialmente com sintomas inespecíficos e possíveis portas de entrada para infeção. Destaca-se ainda a importância de considerar agentes menos comuns, como o *streptococos dysgalactiae*, como agente de endocardite.

POA 273

CEFALEIA ORTOSTÁTICA, A CHAVE SEMIOLÓGICA

Carolina J. M. Teixeira¹; Rita Dos Santos Marques¹; Lia Marques²; Liliana Fernandes²; Maria Fátima Grenho²

¹Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras;

²Hospital CUF Infante Santo

Introdução: A hipotensão do líquido corresponde à diminuição do volume ou pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR). Poderá ocorrer de forma espontânea, iatrogénica ou, menos frequentemente, traumática. A hipotensão intracraniana espontânea tem uma incidência estimada de 4-5 casos por 100.000 pessoas/ano. A manifestação clássica é a cefaleia ortostática, podendo manifestar-se por sintomas mais inespecíficos e nas formas graves com coma. O diagnóstico é clínico-radiológico, nomeadamente com o sinal de “dinosaur tail”, não existindo marcadores patognómicos. O tratamento é geralmente conservador. Nos casos mais graves pode ser necessário blood patch epidural.

Caso clínico: Homem de 46 anos, com história pessoal de enxaqueca e sinusite crónica. Internado para esclarecimento de cefaleia e diplopia com mais de 1 mês de evolução, associado a padrão de paquimeningite. Apurado no atual internamento, a presença de cefaleia ortostática, após treino, já entretanto submetido a ciclos de antibiótico e corticoide sistémico, sem remissão total de sintomas. Do estudo inicial ao qual se teve acesso, documentou-se ANCA positivo, que orienta a marcha diagnóstica e discussão terapêutica para a possível hipótese de Granulomatose com Poliangiite. Após ressonância magnética da coluna com presença de sinal de “dinosaur tail”, biópsia da mucosa dos cornetos sem vasculite/granulomas, estudo atual auto-imune e infeccioso (sérico e LCR) negativos e regressão dos sintomas com repouso assumiu-se como etiologia mais provável a hipotensão do líquido.

Discussão: Com o presente caso clínico, os autores pretendem evidenciar a importância da anamnese detalhada que pode conferir até 90% dos diagnósticos, bem como a visão crítica de resultados, nomeadamente o enquadramento de valores laboratoriais positivos, que têm impacto na decisão terapêutica final. Os autores salientam assim a importância da Medicina Interna

como Especialidade holística e integradora centrada na pessoa.

POA 274

APRESENTAÇÃO ASSIMÉTRICA E MULTIFOCAL DE UMA SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Maria Inês Risto; Rafaela Ribeiro; Carolina Lemos; Nuno Moreira; Luís Magalhães; José Mário Roriz; Alfredo Martins

Hospital da Luz Arrábida

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia aguda tipicamente caracterizada por fraqueza ascendente e simétrica com arreflexia.

Apresentamos um homem de 69 anos que, cerca de duas semanas após gastroenterite aguda, desenvolveu parestesias distais com progressão rápida para instabilidade da marcha e incapacidade de deambulação em menos de 24 horas. Apesar de reflexos preservados à apresentação, evoluiu para arreflexia generalizada e défices motores, com queixas bulbares subjetivas. O LCR mostrou dissociação albumino citológica e iniciou imunoglobulina endovenosa (0,4 g/kg/dia durante 5 dias) com base no diagnóstico clínico de SGB, com melhoria clínica significativa. O estudo neurofisiológico seriado, realizado numa fase inicial e repetido por volta da 3.ª semana, foi compatível com polirradiculoneuropatia aguda de características predominantemente desmielinizantes, suportando o subtipo AIDP.

Este caso destaca a importância de reconhecer apresentações não clássicas de SGB e de repetir exames auxiliares quando realizados precocemente.

POA 275

UM AVC? OU ALGO MAIS?

Mari Angela N. Lopes; Dília R. Valente; Maria José Grade; Nuno Bernardino Vieira

Hospital Portimão

Introdução: Os inibidores da Janus cinase (JAK), têm capacidade de modular o sistema imunitário ao bloquear a via de sinalização JAK-STAT, que desempenha papel central na resposta inflamatória. Representam revolução no tratamento de doenças autoimunes e inflamatórias na qual a Artrite Reumatóide (AR) é exemplo. O tofacitinib é usado para o tratamento da AR e entre os seus efeitos secundários mais comuns destacam-se as cefaleias e hipertensão arterial (HTA). Estudos realizados associam a toma crónica deste fármaco a manifestações neurológicas variadas, incluindo a desmielinização iatrogénica do Sistema Nervoso Central (SNC), encontrando-se em estudo a via pelo qual isto acontece.

Caso clínico: Homem 61 anos, com hipotireoidismo pós-cirúrgico, HTA diagnosticada 2025, AR desde os 18 anos, medicada nos últimos 6 anos com tofacitinib e dose basal de prednisolona. Recorreu à urgência por cefaleia holocraniana, tonturas, visão turva, défice

motor e sensitivo do hemisfério esquerdo associado a elevação da tensão arterial. Exame Objetivo com hipostesia da hemiface esquerda e hipertensão (166/105 mmHg). Um mês antes teve episódio semelhante, onde ressonância magnética cerebral excluiu áreas isquêmicas agudas e identificou lesões na substância branca bilateralmente com suspeita de lesões de natureza desmielinizante primária. Internado, foi excluído causas secundárias de HTA, punção lombar excluiu presença de bandas oligoclonais, ajustou dose de levotiroxina por hipotireoidismo descontrolado e controlou eficazmente HTA com total resolução dos sintomas. O retomar de tofacitinib, voltou a descontrolar HTA e recorrência dos sintomas neurológicos, pelo que se encontra suspenso até reavaliação em Reumatologia.

Discussão e conclusão: O caso ilustra uma complicação grave duma terapêutica altamente eficaz para a AR, que embora rara, deve ser lembrada, pois a suspensão deste fármaco é essencial para a resolução clínica e potencial reversão das alterações estruturais cerebrais.

POA 276

NÃO SE TRATAVA APENAS DE UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Garcieth Gomes; Teresa Ascensão; José Menezes; Lia Leitão; Sofia Delgado

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: O risco de eventos trombóticos em doentes com neoplasia é 4-7 vezes superior à população geral. O acidente vascular cerebral (AVC) em contexto paraneoplásico é uma condição pouco frequente e predominantemente associada à neoplasia do pulmão, pâncreas e colorretal.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Admitida no Serviço de Urgência, por queixas visuais inespecíficas. Quatro dias antes com diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP), estando desde a altura hipocoagulada com Apixabano. Ao exame neurológico salientava-se apenas extinção visual esquerda. A tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica revelou enfarte agudo cortical da artéria cerebral média (ACM) direita sugestivo de etiologia embólica. O estudo etiológico (ecocardiograma transtorácico, Holter, estudo vascular intra e extracraniano) não revelou quaisquer alterações. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica para pesquisa de neoplasia oculta que revelou lesão suspeita na cauda do pâncreas com metástases pulmonares, hepáticas, carcinomatose peritoneal e tromboembolismo pulmonar (TEP). Teve alta encaminhada para consulta de Oncologia, hipocoagulada com Dabigatrano. Três semanas depois foi admitida por novo AVC isquémico maior com trombo endoluminal na ACM direita. Não houve indicação para trombólise (hipocoagulada) nem trombectomia (prognóstico vital inferior a 6 meses), tendo a doente evoluído desfavoravelmente com óbito.

Discussão: Descrevemos um caso de Síndrome de Trousseau (TVP, TEP e AVC isquémico) como manifestação de neoplasia oculta plurimetastizada. Este caso ilustra a necessidade de pesquisa de causas raras de AVC isquémico criptogénico, nomeadamente pesquisa de neoplasia oculta em doentes com factores de risco de neoplasia ou outros eventos trombóticos concomitantes. Revela ainda a complexidade da gestão de eventos trombóticos recorrentes neste grupo de doentes.

POA 277

QUANDO A IMAGEM ENGANA – UM CASO DE ANGIOPATIA AMILOIDE

Beatriz Madureira Vital; Joana Serranho; Miguel Morgado Duarte; Márcia Verdasca Oliveira; Guilherme Sanches Miranda; Abel Branco; Adelaide Figueiredo; Maria Cristina Esteves
ULS Lezíria

Introdução: A deterioração cognitiva subaguda em idosos pode ter múltiplas causas, incluindo processos neoplásicos, vasculares e inflamatórios. A angéite relacionada com beta-amiloide (ABRA), subtipo de angiopatia amiloide cerebral, é uma forma rara e grave de vasculite do sistema nervoso central, frequentemente subdiagnosticada, e pode mimetizar lesões tumorais em exames de imagem. Reconhecê-la precocemente é crucial, pois pode responder à terapêutica imunossupressora e ser potencialmente reversível.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, autónoma, foi trazida ao serviço de urgência por alteração progressiva do estado mental com três semanas de evolução, caracterizada por incoerência do discurso, perda de memória, desorientação e perda de mobilidade. Ao exame Objetivo encontrava-se orientada na pessoa, mas desorientada no tempo e no espaço, com défice da memória recente, alterações disfásicas da linguagem (perturbação da nomeação e compreensão) e hemianopsia homónima direita. A TAC cerebral revelou extensa área lesional cortico-subcortical temporo-occipito-parietal esquerda com efeito de massa e desvio da linha média, sugestiva de lesão infiltrativa. A TAC toraco-abdomino-pélvica não revelou doença neoplásica. A RMN encefálica evidenciou múltiplas micro-hemorragias cortico-subcorticais bilaterais, hematoma temporal medial direito e extensas áreas de hipersinal T2/FLAIR com efeito de massa e realce leptomeníngeo, aspetos muito sugestivos de angiopatia amiloide cerebral, do subtipo ABRA. Foram iniciados pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisolona oral, verificando-se melhoria clínica e imagiológica, com redução do edema cerebral e regressão do efeito de massa.

Discussão: Este caso ilustra como a angiopatia amiloide cerebral pode mimetizar lesões neoplásicas, constituindo um desafio diagnóstico. Os achados imagiológicos devem levantar suspeita, sobretudo em idosos com declínio cognitivo subagudo. A resposta positiva à te-

rapêutica imunossupressora reforça a importância do reconhecimento precoce, permitindo a estabilização ou a melhoria clínica e imagiológica. Este caso enfatiza a necessidade de integrar dados clínicos e imagiológicos na orientação do diagnóstico e da gestão terapêutica.

POA 278

SÍNDROME DE GERSTMANN: DA MATEMÁTICA À PONTA DOS DEDOS

Ana Beatriz Couto; Catarina Freitas Artilheiro; Pedro Beirão; Andreia Nunes

Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A Síndrome de Gerstmann (SG) é uma condição neurológica rara definida por uma tétrede clássica: acalculia, agnosia digital, agrafia e desorientação esquerda-direita, ainda que possa apresentar-se de forma incompleta. Resulta de lesões do giro angular do hemisfério dominante e da junção parieto-temporo-occipital, mais frequentemente na sequência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico nos territórios da artéria cerebral média (ACM) ou da artéria cerebral posterior.

Caso clínico: Homem de 76 anos com antecedentes de dislipidemia, doença cerebrovascular e diabetes mellitus tipo 2. Recorreu ao Serviço de Urgência por dificuldade na expressão verbal e assimetria facial, de início nessa manhã. Concomitantemente, referiu que nas últimas 2 semanas perdeu destreza na mão direita, cometeu erros de caligrafia e apresentou dificuldade na realização de cálculos. À observação, encontrava-se hemodinamicamente estável com disartria moderada, parésia facial central direita moderada e parésia braquial direita de predomínio distal. Realizou-se angio-TC, que revelou lesão isquémica no território cortical da ACM esquerda. Iniciou dupla antiagregação e estatina em alta dose. Foi internado para estudo etiológico do AVC. No decorrer do internamento confirmou-se a presença de agrafia sem alexia, acalculia em cálculos mais complexos e agnosia digital inconsistente, ademais dos restantes défices já descritos. O estudo revelou estenose crítica do segmento proximal do bulbo carotídeo esquerdo, sendo o doente submetido a revascularização.

Discussão: Esta entidade apresenta um elevado valor na localização da lesão. Devemos estar alerta e sensibilizados para a avaliação destas funções cognitivas, comumente desvalorizadas no exame neurológico sumário, uma vez que numa primeira abordagem, podem passar despercebidas.

POA 279

ENTRE A CRISE HIPERTENSIVA E O “DESMAIO”: O DESAFIO DE FICAR DE PÉ

Nuno Alemã Serrano; Ana Osório Petrucci; David Pires; Joana Gouveia; Joana Vasconcelos Mota; Anabela Oliveira; Milton Camacho; António Martins Baptista

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A intolerância ao ortostatismo requer um diagnóstico diferencial habitual entre síncope reflexa e hipotensão ortostática. Quando associada a hipertensão resistente e a episódios sincopais recorrentes com anos de evolução e sem causa identificada, revela-se um quadro particularmente enigmático.

Caso clínico: Trata-se de um homem de 64 anos, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares incluindo cardiopatia isquémica e hipertensão resistente, em estudo por síncope recorrentes com anos de evolução, desencadeadas minutos após ortostatismo com pródromos de sudorese profusa, sem convulsões associadas, incontinência ou pós-ictal. Estudos prévios (EEGs 24h, RM-CE, TC suprarrenais) sem alterações. Em internamento realiza TILT que revela taquicardia extrema (FC 160 bpm) sem resposta vasodepressora ou cardioinibitória e aumento dos níveis de cromogranina A. Realiza doppler transcraneano em TILT que revela insuficiência vertebro-basilar com redução >50% da perfusão basilar. Inicia bloqueio sequencial com clonidina, bisoprolol e ivabradina com resolução dos sintomas, permitindo o ortostatismo sem síncope.

Discussão: Trata-se de um paradigmático de POTS hiperadrenérgico num doente com hipertensão de difícil controlo, ilustrando como a taquicardia inapropriada em ortostatismo pode coexistir com hipertensão. A insuficiência vertebro-basilar, o SAOS não tratado e a provável ativação catecolaminérgica em excesso contribuíam para este quadro. Assim, uma abordagem integrada com bloqueio alfa/beta e ivabradina foi determinante. Este quadro reforça a necessidade de realizar sistematicamente teste de TILT em síncope ortostáticas refratárias e a importância de reconhecer variantes disautónomicas atípicas.

POA 280

ANAPHYLACTOID REACTION AFTER ALTEPLASE ADMINISTRATION FOR ISCHEMIC STROKE TREATMENT

Mafalda Martins Ferreira Messias; Patrícia Oliveira Saraiva; João Cruz Cardoso; Manuel Lima Carvalho; Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Fibrinolysis is one of the main strategies for ischemic stroke treatment and angioedema and anaphylactoid reactions after administration can occur. This is a rare condition, but patients taking angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEi) have an increased tendency to experience these reactions when treated with re-

combinant tissue plasminogen activator.

We present a 65-year-old woman with hypertension treated with ACEi, who presents in the emergency room after a sudden onset of malaise followed by a transient loss of consciousness associated with urinary incontinence. On initial neurological assessment, one hour after symptom onset, she presented right central facial palsy, right-sided hemiparesis (MRC grade 4/5), hypoesthesia of the right hemiface and ipsilateral limb dysmetria on the finger-to-nose test. The NIHSS score at presentation was 6. A brain computed tomography discarded contraindications to thrombolysis, so intravenous alteplase was administered. Near the end of the infusion, the patient developed papular rash, angioedema and sensation of airway obstruction. Promptly, antihistamines, corticosteroids and intramuscular epinephrine were administered resulting in complete resolution of symptoms. After the anaphylactoid reaction, serum tryptase levels were requested and the result was 5,64 µg/L (N: 0,0 - 11,4 µg/L). In the follow up appointment to determinate the basal level the requested was repeated and the result remains within the normal range (6,49 µg/L).

This case illustrates a rare but potentially life-threatening anaphylactoid reaction associated with recombinant tissue plasminogen activator administration. The majority of these adverse reactions are not immunoglobulin-mediated; they are mediated by vasoactive substances liberated from mast cells and basophils or result from activation of complement or bradykinin pathways. Angiotensin-converting enzyme inhibition likely contributed to bradykinin-mediated angioedema. Awareness of this complication, close monitoring during thrombolysis and early intervention are essential to ensure patient safety while maintaining the favorable benefit-risk profile of intravenous thrombolysis.

POA 281

TROMBOCITOPÉNIA IMUNE EM ADULTO: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

Ana Cristina Costa; Carolina Assunção; Leonel Pereira; Andreia Gravata; Letícia Naben; Mónica Côrte-Real; Carolina Robalo; Miguel Rodrigues; António Pessoa; Ana Reis; Daniela Brigas; Cristina Lopes; Eugénio Dias; Susana Marques

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A trombocitopenia imune é uma doença autoimune rara, caracterizada por trombocitopenia isolada na ausência de causa secundária identificável, com risco variável de hemorragia mucocutânea e visceral. A evolução pode ser crónica e refratária às terapêuticas de primeira linha, impondo o recurso sequencial a imunossuppressores e agonistas do recetor da trombopoietina.

Apresenta-se o caso de um homem de 41 anos, com antecedente de síndrome febril indeterminado (2019), associado a viagem à Ásia, complicado por tromboci-

topenia e esplenomegalia reversíveis após resolução da febre. Recorreu ao SU por petéquias, hematomas e gengivorragias com 2 dias de evolução.

Analiticamente destacava-se Hb 12,9 g/dL e plaquetas 3 000/µL, sem outras alterações significativas; o esfregaço sangue periférico confirmou trombocitopenia, raras plaquetas gigantes e linfócitos reativos. Serologias víricas e estudo séptico foram negativos; ecografia abdominal com ligeira hepatomegalia. Foi internado na Medicina Interna para estudo de trombocitopenia grave. O mielograma mostrou medula óssea normocelular, série megacariocítica hiperclular, compatível com trombocitopenia imune; a imunofenotipagem sugeriu processo reativo. O estudo autoimune e trombofílico revelou anticoagulante lúpico positivo, sem outros achados de relevo.

Iniciou pulsos de corticoterapia, mantendo trombocitopenia isolada refratária. Face à ausência de resposta, realizou imunoglobulina intravenosa sem melhoria. Posteriormente iniciou rituximab, com necessidade de transferência para unidade de cuidados intermédios pelo elevado risco hemorrágico. Mantendo plaquetas <10 000/µL após 3 ciclos, foi iniciado agonista do recetor da trombopoietina (avatrombopag), com boa tolerância, estabilidade hemodinâmica e recuperação gradual da contagem plaquetária, permitindo alta ao 35.º dia de internamento sob corticoterapia e avatrombopag.

Este caso evidencia a complexidade da trombocitopenia imune refratária no adulto. A evolução clínica favorável e a recuperação gradual da contagem plaquetária sob combinação de imunossupressão e avatrombopag reforçam o papel destes fármacos como opções eficazes e seguras em doentes com trombocitopenia imune multirrefratária, contribuindo para a redução do risco hemorrágico e para a melhoria do prognóstico.

POA 282

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA GÁSTRICO AVANÇADO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Diana Ferreira Lopes; Cláudia Coelho; Francisco Oliveira Simões; Rita Matos Sousa; Renata Carvalho; Bárbara Ribeiro; Sofia Marques; Joana Medeiros; Raquel Vaz; André Santa Cruz

Hospital de Braga

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) pode ser uma primeira manifestação de uma neoplasia desconhecida, de progressão de uma neoplasia já conhecida, ou relacionar-se com o tratamento desta última. Quando associada à progressão tumoral, é geralmente mediada por metastização microvascular ou infiltração medular extensa. O reconhecimento precoce do quadro clínico é essencial.

Caso clínico: Um homem de 63 anos com antecedentes de adenocarcinoma gástrico (com células em anel de sinete e baixa coesão), estágio 2B, havia sido

submetido a quimioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia total, com resposta patológica completa documentada há dois meses. Recorreu ao serviço de urgência por lombalgia incapacitante, com uma semana de evolução, associada a períodos de desorientação, sem febre. Ao exame físico estava pálido, lentificado e subfebril (37,5 °C). Analiticamente tinha anemia hemolítica grave (Hb 5,9 g/dL; LDH 2993 U/L; haptoglobina indetetável; reticulócitos 2,5%; bilirrubina total 3,5 mg/dL), trombocitopenia severa ($27 \times 10^9/L$); fosfatase alcalina de 1132 U/L e 2% de esquizócitos no esfregaço periférico. A coagulação não estava alterada e não tinha evidência de infeção. A tomografia toraco-abdomino-pélvica não revelou alterações.

Por suspeita de Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PLASMIC 6), iniciou plasmaferese e prednisolona (1 mg/kg), suspensas ao 3.º dia após ADAMTS13 de 55% e estudo do complemento sem alterações.

Perante a suspeita de MAT secundária foi realizada PET que revelou metastização óssea difusa. Pela anemia hipoproliferativa não enquadrável em MAT, realizou biópsia da medula óssea que confirmou a suspeita de infiltração medular por células neopásicas emanel de sinete.

Foi estabelecido o diagnóstico de MAT secundária à progressão neoplásica em fase avançada. O doente foi referenciado para cuidados paliativos, mantendo dependência transfusional. Faleceu duas semanas após o diagnóstico.

Discussão: A MAT associada à neoplasia pode mimetizar púrpura trombocitopénica trombótica, sem benefício de plasmaferese ou imunossupressão. A identificação precoce da etiologia evita terapêuticas potencialmente fúteis em doentes com doença avançada.

POA 283

UMA MASSA E UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Francisca Lourenço Ramos; Inês Bento Andrade; Francisca Dâmaso; Margarida Ribeiro; Gonçalo Ribeiro; Susana Jesus; António Carvalho; Cândida Fonseca; João Santos Silva

Hospital São Francisco Xavier

Introdução: As massas mediastínicas são muitas vezes achados incidentais nos exames complementares de diagnóstico, podendo-se também manifestar por efeitos mecânicos/compressão, ou por sintomas sistémicos dependendo da sua etiologia. Uma correta história clínica, seguida de uma marcha diagnóstica adequada irá nos permitir organizar as principais hipóteses diagnósticas, contudo, por vezes, somos surpreendidos com diagnósticos raros.

Caso clínico: Homem, 61 anos, com tosse seca com 3 meses de evolução, associado a dispneia, ortopneia, cansaço para médios esforços, anorexia e sudorese noturna. Negava perda ponderal ou febre. Ao exame clínico, apresentava-se taquicárdico e polipneico, com

edema do membro superior esquerdo e ligeiro edema da face. Não se palparam adenopatias, nem massas testiculares. Radiografia torácica evidenciou cardiomegalia. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica revelou massa mediastínica anterior com invasão da veia cava superior e importante derrame pericárdico. Foi submetido a pericardiocentese com saída de líquido hemático compatível com exsudado. Imunofenotipagem sem células linfoides anormais. Beta HCG negativo. Biópsia por mediastinoscopia com aspetos morfológicos e imunohistoquímica compatível com Carcinoma Tímico. Após biópsia iniciou corticoterapia e dada ausência de indicação cirúrgica no momento, foi orientado para consulta de Oncologia, onde iniciou quimioterapia para citorredução.

Conclusão: Apesar das neoplasias do timo serem um importante diagnóstico diferencial da massa mediastínica anterior, juntamente com os linfomas e os tumores das células germinativas, o Carcinoma Tímico é mais raro. Contrariamente ao Timoma, o Carcinoma do Timo destaca-se pela sua apresentação mais agressiva, com maior potencial de invasão e disseminação e crescimento rápido, pelo que diagnóstico precoce será fundamental para o melhor prognóstico do doente.

POA 284

QUANDO O INTESTINO PARA: ÍLEUS COMO MANIFESTAÇÃO DE PROGRESSÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO

Ana Catarina Ruivo; Andreia Meseiro; Sara Alves Moraes; Mónica Correia; Bruna Barbosa; Maria Do Rosário Ginga; Marinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: O envolvimento gastrointestinal no mieloma múltiplo é raro e pode manifestar-se por sintomas inespecíficos, incluindo náuseas, vômitos ou pseudo-obstrução intestinal. O íleus paralítico neste contexto pode resultar de distúrbios metabólicos, toxicidade associada à quimioterapia ou, raramente, envolvimento extramedular da doença. Apresenta-se um caso de íleus persistente num doente com progressão de mieloma múltiplo.

Caso clínico: Mulher de 75 anos com mieloma múltiplo lambda em tratamento de 2ª linha com daratumumab, lenalidomida e dexametasona, observada em consulta de Hematologia por náuseas e vômitos previamente ao 8º ciclo terapêutico. Analiticamente apresentava agravamento marcado da função renal (creatinina 10,46 mg/dL), hipercaliemia (6,6 mmol/L) e aumento significativo das cadeias leves livres lambda (705 mg/dL), sugerindo progressão da doença. Ficou internada por doença renal crónica agudizada, com necessidade de indução dialítica. Durante o internamento desenvolveu um quadro de intolerância alimentar persistente, obstipação, distensão abdominal progressiva e vômitos fecalóides. A tomografia axial computadorizada e o estu-

do de trânsito gastrointestinal com gastrografia não mostraram evidência de obstrução mecânica. Apesar da correção das alterações hidroeletrólíticas e suspensão de quimioterapia, manteve quadro de íleus prolongado, necessitando de descompressão com sonda nasogástrica e suporte conservador. Neste contexto, e perante a suspeita de envolvimento extramedular da doença como possível etiologia do quadro, iniciou quimioterapia de 3ª linha dirigida ao mieloma múltiplo, sem melhoria clínica significativa atempada.

Discussão: O íleus em doentes com mieloma múltiplo é uma complicação incomum e frequentemente multifatorial. Embora distúrbios metabólicos e toxicidade terapêutica sejam causas mais frequentes, o envolvimento gastrointestinal direto ou deposição amiloide devem ser considerados perante quadros persistentes, após exclusão de etiologias comuns. Este caso ilustra uma manifestação rara de progressão da doença e reforça a importância de reconhecer apresentações atípicas de envolvimento extramedular do mieloma múltiplo.

POA 285

TEMPESTADE INFLAMATÓRIA, RITMO EM CAOS: UM CASO DE SÍNDROME DE LIBERTAÇÃO DE CITOCINAS

Inês Albernaz Moreira¹; Ricardo Raposo¹; Carolina Silva Câmara¹; Miguel Oliveira¹; Liliana Carneiro²

¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; ²Hospital Pedro Hispano

Introdução: A síndrome de libertação de citocinas (SLC) é uma toxicidade imunomediada associada a imunoterapia. A sua apresentação pode mimetizar reações de hipersensibilidade, infeção ou descompensação cardiovascular, exigindo elevada suspeição clínica e monitorização apertada.

Caso clínico: Homem de 49 anos, com Fibrilhação auricular (FA) e carcinoma de pequenas células do pulmão, estadio IV, com metastização óssea, mesentérica, pulmonar e ganglionar. Inicia tratamento com Tarlatamab, Durvalumab, Carboplatina e Etoposídeo. Durante a administração de Tarlatamab, desenvolve quadro de mal-estar generalizado, astenia intensa e mialgias. Evoluiu nas horas seguintes com febre, dor torácica e FA com resposta ventricular rápida. A investigação diagnóstica exclui tromboembolismo e patologia infecciosa, concluindo-se provável síndrome de libertação de citocinas associado a início de imunoterapia. Internado para vigilância e controlo de FC. Durante o internamento, realiza beta-bloqueante e digoxina, com controlo de frequência cardíaca. Mantém-se apirético e hemodinamicamente estável até novo ciclo de imunoterapia, quando reinicia febre e astenia durante 2 dias, sem evolução posterior da SLC.

Discussão: A SLC é uma síndrome rara associada a imunoterapia como o tarlatamab. É uma síndrome inflamatória sistémica que se manifesta frequentemente

com febre, astenia e arritmias, podendo evoluir para hipotensão, hipoxia e morte. Este caso reforça a importância da vigilância estreita durante a administração de imunoterapia e da suspeição precoce de SLC, sobretudo em doentes com arritmias prévias ou instabilidade autonómica. É também importante excluir patologia infecciosa que pode ser mascarada pelo tratamento imunossupressor. Doentes com SLC de baixo grau devem receber tratamento sintomático, enquanto as formas mais severas são ameaçadoras de vida e requerem uma abordagem rápida e dirigida. A abordagem multidisciplinar permitiu estabilização clínica e continuidade do tratamento experimental.

POA 286

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA COM APRESENTAÇÃO ESPLÉNICA: UM CASO DE LINFOMA DA ZONA MARGINAL

Joana Sofia Rego; Diane Pimenta; Joana Frazão; Marta Batista; Ana Luísa Campos; Glória Alves
ULSAAVE

Introdução: O linfoma da zona marginal é um linfoma B indolente que pode apresentar-se com envolvimento ganglionar, esplénico ou extranodal. A apresentação inicial sob a forma de esplenomegalia nodular pode constituir um desafio diagnóstico, particularmente quando os estudos iniciais são inconclusivos.

Caso clínico: Mulher de 51 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes, internada para estudo de esplenomegalia associada a múltiplas lesões nodulares esplénicas. Analiticamente apresentava síndrome inflamatória e elevação da LDH, sem evidência de gamapatia monoclonal ou infeção vírica. A tomografia computadorizada revelou esplenomegalia com múltiplas lesões hipodensas e adenopatias supraclaviculares e retroperitoneais, levantando suspeita de doença linfoproliferativa.

O estudo inicial, incluindo imunofenotipagem do sangue periférico, mielograma, imunofenotipagem medular e biópsia óssea, não demonstrou envolvimento por doença linfoproliferativa.

Perante a persistência de forte suspeita clínica, foi realizada tomografia por emissão de positrões (PET), que demonstrou hipercaptação ganglionar supra e infradiafragmática e envolvimento esplénico com atividade metabólica marcadamente elevada (SUVmax até 44), sugestiva de doença linfoproliferativa com elevado metabolismo glicolítico.

Foi posteriormente realizada biópsia excisional de adenopatia cervical esquerda, cujo estudo histológico revelou distorção da arquitetura ganglionar por proliferação nodular de pequenas células B, compatível com envolvimento nodal por linfoma da zona marginal.

Após discussão multidisciplinar, a doente iniciou quimioterapia com esquema R-CHOP, tendo completado seis ciclos. Em seguimento subsequente mantém-se

cl clinicamente estável, sem sintomas B ou evidência de progressão da doença, observando-se regressão da esplenomegalia e resolução das adenopatias em exames imagiológicos.

Discussão: Este caso ilustra a importância da integração dos achados clínicos, imagiológicos e histológicos na abordagem da suspeita de doença linfoproliferativa. A PET permitiu orientar a investigação diagnóstica e a biópsia excisional ganglionar foi determinante para o diagnóstico definitivo de linfoma da zona marginal, possibilitando tratamento atempado e evolução clínica favorável.

POA 287

LINFOMA NÃO-HODGKIN COM ENVOLVIMENTO GÁSTRICO: UMA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Ana Rita Lopes Soares; João Ferreira De Melo;

Luísa Gomes Da Silva; Edite Nascimento

ULS de Viseu Dão-Lafões, EPE - Hospital São Teotônio

A hemorragia digestiva alta pode ocorrer como manifestação de patologias de gravidade variável. A identificação precoce da etiologia é essencial para orientar a terapêutica e o prognóstico. Lesões gástricas múltiplas em endoscopia digestiva alta (EDA) podem levantar suspeita de metastização ou linfoma primário, exigindo investigação complementar para caracterização da população celular envolvida.

Apresenta-se o caso de um homem de 85 anos parcialmente dependente, mas com vida de relação mantida. Antecedentes de acidente vascular cerebral com hemiparésia esquerda sequelar e epilepsia, flutter auricular com bloqueio auriculoventricular variável hipocoagulado, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por hematemese. Iniciou terapêutica da hemorragia digestiva alta e foi contactada a Gastroenterologia para realização de EDA onde foram identificadas 6 lesões sugestivas de etiologia secundária. Realizou também ecografia abdominal que identificou múltiplos nódulos esplênicos, na ausência de nódulos hepáticos. Analiticamente com anemia e hipercalemia, que foi corrigida. Internado ao cuidado da Medicina Interna para estudo etiológico. Durante o internamento, por agravamento da anemia, foi transfundida 1 unidade de concentrado eritrocitário. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico que mostrou espessamento significativo da parede gástrica, múltiplas adenomegalias dispersas e uma massa inespecífica de 6x3cm envolvendo a artéria ilíaca externa direita. Análises com PSA normal e serologias de VIH e Hepatites B e C negativas. As biópsias colhidas na EDA mostraram colonização ligeira por *Helicobacter Pylori* e o estudo imunohistoquímico identificou população linfóide compatível com envolvimento gástrico por linfoma não-Hodgkin B de alto grau.

Este caso evidencia a importância de uma investigação

etiológica completa nos doentes com lesões gástricas múltiplas, considerando neoplasias de outros órgãos, mas incluindo também as neoplasias hematológicas.

POA 288

QUANDO A IMUNIDADE SE TORNA DESTRUTIVA: SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDÁRIO A REATIVAÇÃO DO EBV

Adriana Basílio; Filipa Guedes; Pedro Moura; Alice Pinheiro;

Pedro Neves

ULS Médio Ave

Introdução: A Síndrome Hemofagocítica ou linfocitose hemofagocítica (HLH) é uma síndrome hiperinflamatória rara e potencialmente fatal, resultante de ativação desregulada do sistema imune. Em adultos, ocorre frequentemente de forma secundária a infeções, neoplasias ou doenças autoimunes. A apresentação clínica é inespecífica, podendo incluir febre persistente, citopenias e disfunção multiorgânica, o que dificulta o diagnóstico precoce.

Caso clínico: Homem de 75 anos, CFS 1, antecedentes de HTA e HBP. Recorreu ao serviço de urgência por disúria, polaquiúria, astenia e anorexia, tendo sido inicialmente assumida prostatite aguda e iniciada ciprofloxacina. Por ausência de melhoria clínica, febre intermitente e perda ponderal, regressou dias depois. Analiticamente apresentava pancitopenia com trombocitopenia grave, lesão renal aguda e padrão de citolestase hepática, tendo sido internado e iniciada antibioterapia de largo espectro. A investigação revelou hiperferritinemia marcada (115.490 ng/mL), hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia e elevação do CD25 solúvel, correspondendo a HScore de 248 pontos, compatível com elevada probabilidade de HLH. Mantinha pancitopenia significativa, ferritina persistentemente elevada, LDH >1400 U/L e coagulopatia ligeira. O TC evidenciou hepatomegalia, esplenomegalia moderada e pequeno derrame pleural bilateral. Foi assumido diagnóstico de HLH secundário a infeção, iniciando imunoglobulina endovenosa e corticoterapia. Perante agravamento clínico, iniciou-se terapêutica com anakinra. Durante a investigação identificou-se reativação do Vírus Epstein-Barr. O estudo medular confirmou ativação macrofágica sem evidência de neoplasia hematológica, tendo sido administrado rituximab. A evolução foi desfavorável, com progressão para falência multiorgânica. Apesar de suporte intensivo, verificou-se deterioração clínica irreversível, tendo sido instituídas medidas de conforto. O doente faleceu posteriormente.

Conclusão: Este caso ilustra a gravidade e rápida evolução do síndrome hemofagocítica em adultos, frequentemente desencadeado por infeções virais. O reconhecimento precoce e o início atempado de terapêutica imunomoduladora são fundamentais para melhorar o prognóstico desta entidade rara, mas potencialmente fatal.

POA 289

UM CASO RARO DE NEUTROPENIA IMUNOMEDIADA A PEMBROLIZUMAB

Nádia Marcos; António Martins Baptista;
Teresa Passos da Fonseca; Ana Júlia Pedro;
Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Os efeitos adversos hematológicos do pembrolizumab (anti-PD-1) são raros (<4%).

Mulher de 40 anos, CPC do colo do útero, realizou QRT definitiva com cisplatina (5 ciclos) e posterior manutenção com pembrolizumab (1º ciclo a 02/12). Foi internada a 17/12 por neutropenia febril, admitindo-se proctocolite rádica com translocação bacteriana. Realizou piperacilina/tazobactam, ampicilina e filgrastim, com resolução. Fez a 2ª dose de pembrolizumab a 16/01. Reinternada a 21/01 por neutropenia febril. Destacava-se leucopenia absoluta, PCR 8.17mg/dL e PCT 0.1ng/mL. Iniciou meropenem e vancomicina empíricos (14 dias) e filgrastim 300mg bid (21 dias), sem melhoria. Equacionou-se toxicidade medular cumulativa de QRT (pouco provável por braquiterapia). Sem foco infeccioso identificado – culturas (incluindo micológicas e micobactérias) seriadas negativas; pesquisa de Galactomannan, DNA de CMV, EBV e B19 negativos; serologias alargadas negativas, destacando-se IgM de Lyme positiva (sem clínica). Colocada hipótese de síndrome hemofagocítica secundária a neoplasia versus secundária a pembrolizumab (HS score 93-96% por leucopenia e anemia, hepatoesplenomegalia, AST 51U/L, triglicéridos 362mg/dL, ferritina 2015ng/mL). Equacionou-se ainda doença hematológica versus mielofíse. Biópsia óssea e mielograma mostraram hipoplasia grave da linhagem granulocítica, sem outros achados. Ausência de hemofagócitos medulares e pesquisa de CD25 negativa. Decidido iniciar corticoterapia com dexametasona 18mg id, descalado para prednisolona 80mg id após 2 semanas (início de corticoterapia 3 após semanas após pembrolizumab). Observou-se resolução da febre, da neutropenia e descida de parâmetros inflamatórios. Admitiu-se assim neutropenia imunomediada por pembrolizumab.

A neutropenia associada a pembrolizumab, embora rara, é grave e associada a grande morbidade. Na sua suspeita, a corticoterapia deve ser implementada cedo. Este caso salienta possíveis efeitos adversos hematológicos graves da imunoterapia.

POA 290

HEMOGLOBINA NAS ALTURAS: ERITROCITOSE SECUNDÁRIA TRANSITÓRIA HIPÓXICA NUM ESTUDANTE DE AVIAÇÃO

Sara Bravo; Maria Ladeira Moraes; Raquel Vieira;
Sérgio Costa Monteiro; Juliana Nogueira;
Filipa Coroado Ferreira; Susana Cavadas

ULS Região de Aveiro

Introdução: A eritrocitose caracteriza-se pelo aumento da hemoglobina ou do hematócrito acima dos valores de referência e pode ter etiologia primária, secundária ou relativa, sendo essencial distinguir causas clonais de reativas. Apresenta-se um caso de eritrocitose extrema e transitória, cuja investigação levantou a hipótese de eritrocitose secundária hipóxica associada ao contexto aeronáutico.

Caso clínico: Homem, 20 anos, estudante de aviação na Bélgica, regressado a Portugal no dia anterior. Sem antecedentes pessoais relevantes. Sem alergias conhecidas. Sem hábitos tabágicos. Recorre ao serviço de urgência (SU) por cefaleia frontal, prurido generalizado, parestesias na região perioral e eritema das mãos e pés. Analiticamente com hemoglobina (Hb) 21,7g/dL, hematócrito 63,5%, restante estudo sem alterações. Sem história de vômitos ou dejeções líquidas. Negava consumo de esteróides. Realizou flebotomia terapêutica de 450ml, com melhoria dos sintomas. Teve alta medicado com Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg. Orientado para consulta de Hematologia, 5 dias após episódio de SU. Do estudo realizado: Mutações V617F e Exão 12 no Gene JAK2 negativas, eritropoietina (EPO) sérica 24,2UI/L (Valores referência: 4 – 26UI/L). Normalização da Hb (15,7g/dL), sem recidiva da eritrocitose durante os meses de férias. Teve alta da consulta com indicação para suspender AAS.

Discussão: A eritrocitose grave levanta suspeita de policitemia vera, particularmente na presença de sintomas de hiperviscosidade. Contudo, a ausência de mutação JAK2, sem alterações nas restantes linhagens celulares e a normalização hematológica espontânea tornam este diagnóstico improvável. No presente caso, a exposição intermitente a hipóxia hipobárica no âmbito da formação aeronáutica poderá ter induzido o aumento transitório da EPO e eritropoiese compensatória. A resolução espontânea do quadro após flebotomia e a ausência de recorrência sugerem eritrocitose secundária transitória hipóxica, entidade pouco descrita, mas fisiologicamente plausível neste caso. Enfatiza-se a importância de considerar causas secundárias e transitórias de eritrocitose em adultos jovens, reconhecendo o contexto ocupacional e ambiental como fator etiológico relevante e evitando diagnósticos prematuros de doença mieloproliferativa.

POA 291

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DO CÓLON: UM INIMIGO SILENCIOSO

Patrícia De Oliveira Saraiva; Francisco Corte-Real; Beatriz Ribeiro; Filipa Leitão; Alexandre Louro; Maria Eugénia André
ULS Castelo Branco

Os tumores neuroendócrinos (TNE) do cólon são raros e geralmente mais agressivos que os de outras localizações, sendo frequentemente diagnosticados em estádios avançados. A incidência dos TNE do cólon direito situa-se entre 0.25-1.2 casos por 100.000 habitantes/ano. Pela sua raridade, agressividade e diagnóstico frequentemente tardio, constituem um importante desafio clínico com impacto terapêutico e no prognóstico da doença.

Sexo feminino, 60 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva e dispneia com 1 semana de evolução. Analiticamente, destacava-se um aumento significativo das provas hepáticas e dos parâmetros inflamatórios. A radiografia de tórax demonstrou uma hipotransparência na base direita pulmonar e a ecografia abdominal revelou uma volumosa lesão hepática nodular heterogênea. A doente foi internada pelo quadro respiratório e para estudo da lesão hepática. A TC-TAP revelou múltiplas adenopatias incluindo cervicais, mediastínicas e celíacas e um fígado dismórfico com múltiplas lesões focais hepáticas hipodensas e hipovasculares, a maior de 11 cm. A biópsia hepática foi compatível com carcinoma neuroendócrino de pequenas células, Ki67 >90% e CAM 5.2 e Sinaptofisina positivos. Após melhoria, teve alta com seguimento em consulta. Foi realizada PET-T-18F-FDG que demonstrou um foco de hipercaptação na dependência da parede medial do 1/3 proximal do cólon ascendente, compatível com provável tumor primário, metastização hepática maciça de alto grau metabólico e implantes peritoneais e envolvimento ganglionar mediastínico e infraclavicular direito. No contexto de doença metastática disseminada e, por não se prever benefício clínico ou alteração da abordagem terapêutica, optou-se por não se realizar colonoscopia. 2 meses após o diagnóstico, houve um agravamento clínico e analítico marcado com disfunção e hipercalcemia de malignidade, tendo evoluído desfavoravelmente com óbito.

Este caso evidência de forma paradigmática os TNE do cólon de alto grau com apresentação inespecífica, doença metastática extensa ao diagnóstico e evolução rapidamente fatal. Sublinha, ainda, a importância do reconhecimento precoce, quando possível, e a necessidade de estratégias diagnósticas e terapêuticas mais eficazes para melhorar o prognóstico desta doença.

POA 292

HIPONATRÉMIA GRAVE E FRATURA DO FÉMUR: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA NEUROENDÓCRINO

Catarina Cabrita¹; Ana Rita Ribeiro²; Ricardo Martins²; Ricardo Pais²; Vanda Conceição²; Álvaro Botelho²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: As fraturas patológicas podem constituir a manifestação inaugural de doença neoplásica avançada. A associação a síndromes paraneoplásicas, nomeadamente síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH), pode fornecer pistas diagnósticas relevantes.

Caso clínico: Mulher de 89 anos, previamente autónoma, admitida no Serviço de Ortopedia por fratura espontânea da diáfise femoral direita. A tomografia computadorizada (TC) do membro inferior revelou lesão lítica permeativa com cerca de 8 cm (Bone-RADS 4), sugestiva de etiologia neoplásica maligna.

Analiticamente apresentava hiponatremia persistente (113-118 mmol/L), osmolaridade plasmática de 258 mOsm/kg, osmolaridade urinária de 412 mOsm/kg e sódio urinário de 74 mmol/L, compatíveis com SIADH. Da revisão da história clínica destacava-se estudo ambulatório por adenopatias supra e infradiafragmáticas, astenia e anorexia, sem outros sinais ou sintomas.

A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou conglomerados adenopáticos paratraqueais, retrocardíacos e latero-aórticos, bem como adenomegalias na íliaca primitiva esquerda e retrocruiral direita, sem lesões pulmonares nodulares evidentes. Dada a localização profunda das adenopatias, foi realizada biópsia óssea intraoperatória durante o encavilhamento femoral. O exame histológico revelou infiltração por neoplasia epitelial com diferenciação neuroendócrina de pequenas células, com positividade para sinaptofisina e ausência de expressão de marcadores compatíveis com linfoma. Assumiu-se fratura patológica secundária a doença metastática. A evolução foi marcada por deterioração clínica rápida, não tendo sido possível realizar PET-CT, culminando em óbito.

Discussão: Este caso sublinha o desafio diagnóstico das neoplasias avançadas no idoso, que se podem manifestar por fratura patológica e síndrome paraneoplásica. A associação entre lesão óssea agressiva, adenopatias profundas e hiponatremia persistente compatível com SIADH sugeriu neoplasia neuroendócrina de pequenas células em contexto de doença metastática. Salienta-se o valor das síndromes paraneoplásicas como elemento orientador do raciocínio diagnóstico e a importância da biópsia de locais acessíveis para obtenção célere de diagnóstico histológico.

POA 293

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Ana Lopes; Inês Isabel Trancoso; Margarida Vinhas; Catarina Santos Reis; Sofia Teixeira; Filipe Martins; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

O linfoma difuso de grandes células B (DLBCL) é o sub-tipo mais comum de linfoma não Hodgkin agressivo. Embora o envolvimento extranodal seja relativamente comum, a apresentação com atingimento ósseo pode constituir um desafio diagnóstico e influenciar o estadiamento e a estratégia terapêutica.

Apresenta-se o caso de um homem de 75 anos, com antecedentes de cistectomia radical por carcinoma do urotélio da bexiga localmente avançado, atualmente em vigilância, hipertensão arterial, dislipidemia e ex-fumador. Recorreu ao serviço de urgência por dor lombar com um mês de evolução, associada a perda ponderal de 10kg. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, sem alterações auscultatórias ou organomegalias palpáveis. Analiticamente destacava-se DHL 3256 U/L, hiperferritinemia (11 765 ng/ml) e PCR 339 mg/L, estudo da coagulação normal. A TAC toraco-abdomino-pélvico e lombar não evidenciou alterações relevantes. O doente foi admitido para estudo de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).

Do estudo complementar realizado, foram colhidas hemoculturas, uroculturas e realizada pesquisa de zoonoses, sem isolamento microbiológico. Realizou eletroforese de proteínas e pesquisa de cadeias leves séricas e urinárias, sem alterações, e ainda Imunofenotipagem com evidência de elevação de linfócitos NK. A ressonância magnética (RMN) lombar levantou a suspeita de infiltração tumoral a nível de L2-L3, com moldagem do saco tecal e erosão do osso ilíaco esquerdo. A PET evidenciou múltiplas áreas de hipercaptação intensa, nomeadamente óssea, muscular, renal, pancreática e ganglionar. O doente evoluiu desfavoravelmente com parésia dos membros inferiores, tendo realizado RMN lombar urgente que revelou compressão medular. Iniciou corticoterapia com dexametasona e realizou radioterapia urgente, sem melhoria, vindo a falecer. A biópsia óssea previamente realizada permitiu o diagnóstico de linfoma B de grandes células.

O DLBCL pode apresentar-se com envolvimento extranodal extenso, incluindo atingimento ósseo, constituindo um desafio diagnóstico. A integração dos achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos é fundamental para um diagnóstico e abordagem terapêutica atempados.

POA 294

QUANDO AS ADENOPATIAS CONTAM OUTRA HISTÓRIA – CASO RARO DE LINFADENITE GRANULOMATOSA POR SILICONE

Kelly Tembe; Isabela Souza; Filipa Macedo; Francisco Peralta Branco; Joana Póvoa; Inês Oliveira; Denise Magalhães; Maria Teresa Marques

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A linfadenopatia granulomatosa por silicone é uma complicação rara associada à rotura de próteses mamárias, resultante da migração e acumulação de silicone nos gânglios linfáticos. Esta reação granulomatosa pode mimetizar metastização em estudos imagiológicos, nomeadamente PET-CT. A avaliação de adenopatias hipermetabólicas em doentes com antecedentes de neoplasia da mama constitui um importante desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 54 anos, com antecedentes de carcinoma invasivo da mama direita, submetida a mastectomia direita com reconstrução mamária em 2017, seguida de quimioterapia e hormonoterapia adjuvantes, mantendo seguimento irregular.

Foi encaminhada para Hospital de Dia de Medicina Interna em 2023 para estudo de artralhas e astenia com 6 meses de evolução. Ao exame Objetivo apresentava adenopatias supraclaviculares e axilares direitas, indolores e móveis em relação aos planos profundos. Analiticamente destacavam-se anemia (Hb 11,7 g/dL), leucopenia (4000/μL) e proteína C-reativa de 2,35 mg/dL. O estudo virológico, imunológico e microbiológico foi negativo.

A tomografia computadorizada torácica demonstrou adenopatias supraclaviculares e axilares, incluindo adenopatia laterotraqueal direita e nódulo pulmonar com 11 mm. A tomografia por emissão de positrões (PET-CT) confirmou múltiplas adenopatias hipermetabólicas nas regiões subclavicular, pré-vascular, carinal e hilares pulmonares, inicialmente sugestivas de malignidade.

A biópsia da adenopatia axilar revelou, no estudo imunohistoquímico, positividade para marcadores macrófagos e ausência de células epiteliais malignas. O exame anatomopatológico evidenciou granulomas não necrotizantes contendo material compatível com silicone. Após remoção da prótese mamária e excisão ganglionar confirmou-se o diagnóstico de linfadenite granulomatosa por silicone.

Conclusão: A linfadenite granulomatosa associada a silicone pode mimetizar recidiva tumoral em PET-CT, constituindo importante *diagnostic pitfall* e potencial causa de erro diagnóstico. Este caso destaca a importância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial de adenopatias hipermetabólicas em doentes com próteses mamárias, bem como a necessidade de abordagem multidisciplinar para evitar intervenções desnecessárias.

POA 295

DESAFIOS DIAGNÓSTICOS NO PLASMOCITOMA: UM CASO DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM COMPROMETIMENTO MEDULAR

Rosa Sá; Barbara Fraga Campos; Beatriz Magalhães; Ana Sá; Vanessa Palha; Narciso Oliveira

Unidade Local de Saúde de Braga

O plasmocitoma é uma discrasia plasmocitária que se manifesta como uma ou várias lesões localizadas no esqueleto axial ou nos tecidos moles. É um tipo de neoplasia maligna geralmente considerada um estadio intermédio entre a Gamopatia de Significado Indeterminado (MGUS) e o Mieloma Múltiplo (MM).

Mulher, 73 anos, procurou o serviço de urgência (SU) por dor e parestesias nos membros inferiores com 3 meses de evolução. Durante este período, perdeu progressivamente a capacidade de deambulação e de se sentar, ficando acamada. Inicialmente tratada com analgésicos pelo médico de família, sem sucesso, procurou várias vezes o SU, recebendo alta com medidas sintomáticas. Em consulta privada, realizou uma ressonância magnética que revelou lesões infiltrativas nos corpos vertebrais lombossagrados, ilíacos e uma lesão compressiva no cordão medular em L5-S1. Apresentava ainda anemia normocítica, normocrômica e um pico monoclonal lambda na eletroforese de proteínas. A tomografia torácica revelou uma lesão na quinta costela direita, sendo realizada biópsia, que confirmou o diagnóstico de plasmocitoma. Devido à gravidade do quadro, a paciente foi submetida a radioterapia urgente para alívio da dor e redução da massa infiltrativa lombar. O seguimento foi feito em consulta de Hematologia, com controlo da dor, mas agravamento do grau de dependência.

Pretende-se com este caso alertar para as apresentações atípicas das doenças hemato-oncológicas, frequentemente desvalorizadas em contexto de SU. A dor e parestesias nos membros inferiores, associadas à perda da capacidade de deambulação, devem levantar a suspeita de compressão medular, exigindo investigação imagiológica para excluir uma lesão infiltrativa. O diagnóstico precoce é fundamental, permitindo uma intervenção adequada e prevenindo complicações como a perda de função motora, comuns em estadios avançados de plasmocitoma ou MM. Este caso também ilustra a complexidade das discrasias plasmocitárias, que podem evoluir de forma imprevisível.

POA 296

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA A MIMETIZAR DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Figueiredo Coutinho; Bebian De Sousa; Ana Catarina Camarneiro; Maria Miguel Silva Santos; Inês B. Mesquita; Rosário Santos Silva

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma neoplasia hematológica agressiva caracterizada pela proliferação clonal de precursores mielóides imaturos e bloqueio da diferenciação celular, conduzindo a falência medular e citopenias potencialmente fatais. A apresentação clássica inclui manifestações relacionadas com citopenias; no entanto, podem ocorrer sintomas gastrointestinais inespecíficos que mimetizam outras patologias e dificultam o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 64 anos com quadro de dois meses de evolução caracterizado por diarreia (3–4 dejeções/dia), vômitos, febre vespertina, sudorese, astenia e perda ponderal de 4 kg. Inicialmente foi colocada a hipótese de doença inflamatória intestinal (DII), após colonoscopia que evidenciou ileíte terminal e úlceras aftóides. Por agravamento clínico e neutropenia febril foi internada para investigação. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, sem adenopatias palpáveis ou organomegalias. Analiticamente apresentava anemia (9,6 g/dL), leucopenia ($1,42 \times 10^9/L$) com neutropenia ($0,05 \times 10^9/L$) e plaquetas $184 \times 10^9/L$.

A imunofenotipagem de sangue periférico revelou 1,3% de blastos. O aspirado medular evidenciou 45% de blastos da linha mieloide, com expressão de CD34, HLA-DR, CD117, CD13, CD33 e cMPO parcial (20%), compatível com leucemia aguda com maturação da linha neutrofílica. O estudo molecular identificou mutação NPM1 positiva e FLT3-ITD negativa. Foi estabelecido o diagnóstico de LMA de novo, tendo a doente sido transferida para centro de referência para início de tratamento.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de LMA dominada por sintomas gastrointestinais, inicialmente sugestivos de DII. As manifestações gastrointestinais da LMA podem resultar de infiltração leucémica da mucosa, fenómenos inflamatórios ou infeções associadas à imunossupressão, podendo mimetizar patologia inflamatória intestinal. O reconhecimento destas apresentações atípicas é fundamental para evitar atrasos diagnósticos e permitir a instituição atempada de terapêutica potencialmente curativa.

POA 297

EXCESSO DE FERRO, FALTA DE AR: UM CASO CLÍNICO INESPERADO

Maria De Belém Coelho; Paulo Correia; Maria Santos Fialho; Sandra Ganchinho Lucas; Luísa Rebocho
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

A poliglobulia é um fator de risco estabelecido para tromboembolismo pulmonar devido ao aumento da viscosidade sanguínea e hipercoagulabilidade, componentes da tríade de Virchow. A presença concomitante de múltiplos fatores pró-trombóticos pode amplificar significativamente o risco de eventos tromboembólicos. Homem de 75 anos, autónomo, recorreu ao SU por cansaço, dispneia e toracalgia. Antecedentes: 2 episódios de trombose venosa profunda, policitemia, hábitos alcoólicos ativos e ex-fumador. À admissão: tensão arterial 170/110 mmHg, saturação periférica de oxigénio de 96% em ar ambiente, taquicárdico e com edema de ambos os membros inferiores. Analiticamente: Hb 20,2 g/dl e hematócrito 59,6%. Na AngioTC torácica com extenso tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral pelo que iniciou anticoagulação e foi internado. No serviço de Medicina realizou estudo etiológico do TEP e apurou-se: ferritina 393 ng/ml, capacidade de fixação do ferro 241 µg/dl, gamapatia monoclonal IgM Kappa e portador da mutação fator V – H1299R em heterozigotia mas sem mutação do gene JAK2V617F. Sem outras alterações. Admitiu-se TEP secundário a trombose venosa profunda, no contexto de poliglobulia. Durante o internamento manteve hipocoagulação, realizou 3 flebotomias e iniciou hidroxycarbamida. Na consulta foi identificada a mutação c.187 C>G p. (His63Asp) em homozigotia, assumindo-se assim o diagnóstico de hemocromatose.

Este caso evidencia a importância da investigação etiológica do TEP, sobretudo na presença de alterações hematológicas marcadas. A coexistência de poliglobulia, mutação do fator V e mutação HFE configura um estado pró-trombótico multifatorial, ilustrando uma verdadeira “tempestade perfeita” para trombose venosa. A hemocromatose hereditária é uma doença genética que afeta 1 em cada 500 pessoas em Portugal, sendo frequentemente subdiagnosticada. Esta condição tem um ótimo prognóstico quando o tratamento é iniciado antes do estabelecimento de danos orgânicos irreversíveis. O reconhecimento destas condições permite estratificar o risco trombótico, orientar o tratamento e prevenir recorrência.

POA 298

ANEMIA HEMOLÍTICA COMO APRESENTAÇÃO RARA DE REAÇÃO ADVERSA AO CEFTRIAXONE

Sónia Esmeralda Ferreira; Gonçalo Teles; Ana Rubim Correia; Ana Sofia Rodrigues; Rute Sousa Martins; Filipa Fonseca-Dias; Ana Maria Meireles

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A anemia hemolítica (AH) induzida por ceftriaxone é rara, com incidência de 1/1000000. Caracteriza-se por queda abrupta da hemoglobina, com possível falência orgânica e mortalidade $\geq 30\%$, tornando o reconhecimento precoce essencial para reduzir complicações.

Caso clínico: Homem de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, estenose aórtica moderada, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e colelitíase. Admitido por astenia e lombalgia, com evolução há 1 mês. Diagnosticado com espondilodiscite D12–L1 com empiema intracanal de 6 mm; feita biópsia óssea com isolamento de *Citrobacter koseri*, tendo iniciado ceftriaxone. Desde a admissão com fosfatase alcalina e gama-glutamyltransferase elevadas e ecografia abdominal com colelitíase conhecida, sem colecistite/colangite. Inicialmente, evolução clínica e analítica favorável. Ao 5º dia de ceftriaxone com febre; nas 12 horas seguintes, icterícia evidente e queda de hemoglobina de 3,8 g/dL, bilirrubina total 8,6mg/dL (direta 4,77; indireta 3,83), lactato desidrogenase 625U/L, reticulocitose e haptoglobina $<0,3$ mg/dL. Excluídas causas de icterícia obstrutiva, com diagnóstico de AH. Apesar de Teste de Coombs Direto positivo, o Teste de Coombs Indireto e o Eluado foram negativos, o que excluía AH autoimune, tendo-se realizado diagnóstico de AH secundária a ceftriaxone. Alterada antibióterapia para Piperacilina/Tazobactam. Realizou tratamento de suporte com transfusão de 3 unidades de concentrado eritrocitário, com melhoria clínica e laboratorial nas horas seguintes.

Discussão: Estão descritos casos de AH por anticorpos associados ao ceftriaxone, alguns graves ou fatais, podendo surgir após dose única ou até 5 dias de tratamento. A elevação da bilirrubina direta constituiu fator confundidor, possivelmente por efeito colestático do fármaco, com lama biliar ou pseudolitíase reversível. Este caso reforça a importância de elevada suspeição clínica face a anemia aguda e icterícia em doentes sob ceftriaxone, pois a suspensão precoce é determinante para desfecho favorável.

POA 299

TROMBOSE DA VEIA RENAL NUMA MULHER JOVEM: MANIFESTAÇÃO DE TROMBOFILIA ASSOCIADA AO FATOR V DE LEIDEN

Clara Pinto; Carolina De Melo Marçal; Ana Sofia Pimenta; Inês Silva Pinheiro; Ana Sofia Martins; Susana Cavadas
ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

Introdução: A trombose da veia renal (TVR) é uma entidade rara em adultos, podendo associar-se a estados protrombóticos hereditários ou adquiridos. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica, dificultando o diagnóstico e a identificação da etiologia subjacente.

Caso clínico: Mulher, 35 anos, natural do Cazaquistão, com antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico aos 23 anos, de etiologia indeterminada, recorreu ao serviço de urgência após tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica realizada em ambulatório que revelou trombose extensa da veia renal esquerda. Referia lombalgia esquerda com três meses de evolução, associada a astenia e perda ponderal de 9% em cerca de 40 dias. Destacava-se história familiar de eventos trombóticos precoces (irmão com trombo intracardíaco aos 30 anos; tio com AVC aos 50 anos). A angio-TC toraco-abdomino-pélvica confirmou trombo não oclusivo na veia renal esquerda, sem extensão à veia cava inferior e sem outras alterações relevantes. Iniciou hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular, com posterior transição para anticoagulação oral. A análise de urina de 24 horas excluiu síndrome nefrótica. O estudo de trombofilias (prévio ao início de hipocoagulação) não mostrou alterações da anti-trombina III, proteínas C e S ou anticoagulante lúpico. O estudo genético revelou heterozigotia para o fator V de Leiden (FVL), confirmando trombofilia hereditária.

Conclusão: Este caso destaca a TVR como uma manifestação rara de trombofilia hereditária em jovens. A identificação da mutação do FVL permitiu reinterpretar o AVC isquémico prévio e estabelecer uma etiologia. Este resultado genético foi determinante para definir a estratégia de anticoagulação a longo prazo, de modo a prevenir novos eventos. Conclui-se que, perante trombooses em locais atípicos ou recorrentes sem causa evidente, a investigação dirigida de estados de hipercoagulabilidade é fundamental.

POA 300

QUANDO UMA DOENÇA RARA NÃO É SUFICIENTE...

Miguel Antunes; Marco Marta; Beatriz Santos; Vanessa Palha; Narciso Oliveira; Ana Sá
Hospital de Braga

Introdução: A osteopetrose é uma doença rara caracterizada pela deficiência na reabsorção óssea mediada pelos osteoclastos. Resulta num aumento patológico da densidade óssea e progressiva falência medular, com consequente hematopoiese extramedular e hepatoesplenomegalia.

Caso clínico: Homem de 52 anos, autónomo, com osteopetrose diagnosticada em 2014 e anemia crónica com Hb ~9-10g/dL. Trazido ao SU por astenia e dispneia para pequenos esforços. Ao exame físico com pele e mucosas pálidas e desidratadas, hepato e esplenomegalia palpáveis e sinais de circulação colateral. Análises com Hb 6g/dL a denotar anemia microcítica hipocrómica, leucocitose de 67.100/uL com monocitose 10000/uL e presença de blastos circulantes (<10). TC-TAP sem alterações agudas, com hepatoesplenomegalia maciças, ascite e alterações ósseas difusas sugestivas de doença infiltrativa. Realizada biópsia medular, com “punção seca” (dry tap), devido à infiltração e densidade óssea elevada. Imunofenotipagem de sangue periférico a revelar Leucemia Mielomonocítica Crónica (LMMC). Tendo em conta os antecedentes de osteopetrose e complicações inerentes à doença, decidido em conjunto com equipa de Hematologia por tratamento conservador com suporte transfusional, que o doente se encontra a realizar quinzenalmente, mantendo valores de hemoglobina estáveis.

Discussão: A LMMC é uma neoplasia hematológica rara, com características sobrepostas das síndromes mielodisplásicas e mieloproliferativas, caracterizada por monocitose sustentada. O único tratamento curativo é o transplante de medula óssea. Este caso ilustra o desafio diagnóstico de neoplasias hematológicas num contexto de arquitetura óssea distorcida, onde as técnicas convencionais de diagnóstico medular são frequentemente inviáveis. A presença de blastos no sangue periférico, decorrente da hematopoiese extramedular da Osteopetrose, bem como a impossibilidade de biópsia medular rentável, dificultaram o diagnóstico da LMMC e interferiram com o tratamento e prognóstico do doente.

POA 301

NO LABIRINTO DAS ADENOMEGALIAS: ENTRE O ETILISMO, A HEPATITE C E A DOENÇA ONCOLÓGICA

António Cardoso Fernandes; Ana Frederica Parente; Iara Fazenda; Cátia Barreiros; Carmélia Rodrigues; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A investigação de adenomegalias num doente com múltiplas comorbilidades exige uma investigação estruturada. A infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) é um fator de risco conhecido para doenças linfoproliferativas.

Caso clínico: Homem, 47 anos, ex-toxicodependente (heroína IV), com perturbação de uso de álcool (>200 g/dia) e tabagismo. Enviado à consulta por adenomegalias cervicais indolores (com 6 meses), perda ponderal involuntária (4 kg em 3 meses) e sudorese noturna. Ao exame físico apresentava múltiplas adenopatias elásticas (cervicais, axilares e inguinais, bilateralmente, a maior com 4 cm), e hepatomegalia volumosa. Do estudo efetuado, destacava-se macrocitose (VGM 103,9

fL), citólise hepática (AST 305/ALT 257 U/L), GGT 1008 U/L e carga viral VHC de $3,1 \times 10^6$ UI/mL. A elastografia confirmou cirrose hepática (F4; 15,5 kPa). A TC e a PET-CT revelaram múltiplas adenomegalias bilaterais supra e infradiafragmáticas hipermetabólicas e esplenomegalia. A biópsia de gânglio cervical e imunofenotipagem estabeleceram o diagnóstico de Linfoma Folicular Grau 1 (estádio IVa). Foi referenciado para consulta de Medicina Interna-Hepatologia, onde iniciou tratamento para a Hepatite C, e para consulta de Hematologia, onde mantém de momento vigilância. A articulação com o Centro de Respostas Integradas (CRI) foi fundamental para a abstinência alcoólica, mantendo-se abstinente e com boa adesão terapêutica.

Discussão: O verdadeiro “labirinto” clínico iniciou-se após o diagnóstico do linfoma. A presença de cirrose hepática por VHC e o etilismo ativo constituíram barreiras, limitando as opções terapêuticas da Hematologia numa fase inicial, pelo risco de toxicidade hepática. A gestão integrada da multipatologia permitiu tratar o VHC e garantir a abstinência, passos essenciais que precederam e viabilizaram futuras decisões sobre tratamentos hematológicos.

POA 302

A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS

Carolina C. Assunção; Susana Neves Marques; Eugénio Nóbrega Dias; Ana Santos Costa; Bernardo Perdigão; Leonel Freitas Pereira; Leonor Amaro Cunha
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Na Medicina Interna, surgem por vezes casos clínicos complexos, que podem dificultar o diagnóstico etiológico atempado.

Nesse contexto, apresenta-se uma doente de 50 anos com antecedentes de gastrite crónica e tabagismo ativo e sintomatologia respiratória autolimitada, lombalgia e quadro consumptivo com agravamento recente, que foi admitida em Enfermaria de Medicina Interna para investigação. Apresentava aumento de parâmetros inflamatórios, anemia microcítica hipocrômica e rastreio sético positivo para Antígeno Influenza A.

Apresentava em radiografia torácica hiperdensidade inferior esquerda, sugestiva de pneumonia pelo que se iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Por posterior agravamento clínico escalou-se antibioterapia para piperacilina/tazobactam.

Realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC), com padrão em vidro despolido, derrame pleural à esquerda, espessamento nodular pleural e esplenomegalia. Seguiu-se a realização de TAC toraco-abdomino-pélvica e da coluna lombar com agravamento de espessamento pleural, hepato-esplenomegalia e conglomerado adenopático latero-aórtico e lombar, a comprimir estruturas nervosas adjacentes. Para diagnóstico de-

finitivo, realizou duas punções aspirativas e toracocentese, sem evidência de doença linfoproliferativa. Realizou imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações e imunofenotipagem de aspirado medular inconclusiva.

No entanto, após alta e quatro meses de seguimento em Hospital de Dia, surgiram adenopatias cervicais e axilares abordáveis por biópsia que revelaram Linfoma Difuso de Grandes Células Tipo não Germinativo, pelo que iniciou tratamento dirigido com ciclo CHOP, encontrando-se atualmente em regressão.

Assim sendo, apesar de comportamento agressivo, o diagnóstico célere de Linfoma e o tratamento dirigido permite cura potencial, possível pela persistência clínica e aproveitamento de todas as janelas de oportunidade para diagnóstico definitivo.

POA 303

AVC RECORRENTE E CARCINOMA RENAL: O DESAFIO DA TROMBOFILIA ADQUIRIDA PARANEOPLÁSICA

Ana Maria Teodoro; Inês Domingues; Francisco Piçarra; Catarina Santos; Tiago Judas
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico em doentes de meia-idade exige uma investigação exaustiva de causas embólicas e protrombóticas. Embora o foramen ovale patente (FOP) seja uma etiologia comum, a recorrência de eventos após o seu encerramento e sob anticoagulação adequada obriga à pesquisa de estados de hipercoagulabilidade adquirida. A neoplasia é uma das causas mais relevantes de trombofilia adquirida, podendo manifestar-se por fenómenos isquémicos recorrentes antes do diagnóstico do tumor primário.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 56 anos, admitido por AVC isquémico agudo neo-estriato-capsular direito. O estudo etiológico revelou um FOP de grandes dimensões e um tromboembolismo pulmonar (TEP) incidental. Iniciou anticoagulação com apixabano e foi submetido a encerramento percutâneo do FOP. Apesar da intervenção e boa adesão terapêutica, apresentou novos episódios de AIT e nova lacuna isquémica em ressonância magnética nuclear (RMN) cerebral um ano após o procedimento. Durante o seguimento em consulta de Medicina Interna, por manter uma hipertensão arterial (HTA) refratária, realizou estudo etiológico com eco-Doppler e RMN abdominal, que revelaram uma massa sólida no rim esquerdo com 7-8 cm. A biópsia confirmou um carcinoma de células renais (CCR) cromóforo. O doente foi então submetido a nefrectomia radical em novembro de 2025, sem evidência de recorrência isquémica desde então.

Discussão: A persistência de fenómenos tromboembólicos (arteriais e venosos) após a correção do shunt cardíaco e sob anticoagulação direcionou o raciocínio

clínico para uma trombofilia adquirida. As neoplasias são a etiologia mais provável para este estado de hipercoagulabilidade, atuando como um fator de risco persistente que pode superar a eficácia da terapêutica anticoagulante convencional. Este caso sublinha a importância de considerar síndromes paraneoplásicas em quadros de isquemia recorrente e a necessidade de rastreio oncológico em doentes com eventos isquêmicos refratários.

POA 304

QUANDO A SALMONELLA SE TORNA LETAL

Sara Nunes Gomes; Francisco Barreto; Sofia Almada; Elisa Caldeira; Vasco Faria Nunes; Mónica Jardim; Alexandra Malheiro; Maria Da Luz Brazão; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: A infeção invasiva por *Salmonella* não tifoideia pode associar-se a bacteriemia e focos infecciosos extraintestinais, sobretudo em indivíduos com fatores predisponentes. Complicações sistêmicas graves, incluindo disfunção miocárdica e choque cardiogénico, são raras mas potencialmente fatais.

Caso clínico: Homem de 24 anos, natural do Brasil, sem antecedentes conhecidos, admitido por náuseas, vômitos e diarreia aquosa com cerca de um mês de evolução, associados a astenia progressiva e febrícula. À admissão apresentava-se com alteração do estado de consciência (GCS 8), desidratado, taquicárdico (FC 130 bpm), polipneico e com abdómen timpanizado e doloroso à palpação. Analiticamente destacava-se anemia microcítica (Hb 7,9 g/dL), aumento dos parâmetros de fase aguda (leucócitos com neutrofilia, PCR 100 mg/L e hiperferritinemia marcada de 8540 ng/mL), elevação de enzimas hepáticas, hiponatremia e rabdomiólise (CK 2954 U/L). A HbA1c de 13,1% permitiu o diagnóstico de diabetes, previamente desconhecida. A TC toraco-abdomino-pélvica identificou coleção retroperitoneal, tendo o doente sido submetido a laparotomia exploradora com drenagem de abscesso para controlo do foco séptico. Os exames microbiológicos (hemoculturas e pus retroabdominal) isolaram *Salmonella* grupo D sensível à ampicilina, pelo que iniciou antibioterapia dirigida.

Apesar do controlo do foco infeccioso, verificou-se rápida deterioração clínica com evolução para choque cardiogénico refratário. Iniciou suporte circulatório mecânico por ECMO mas com evolução desfavorável, culminando em óbito.

Conclusão: Este caso ilustra uma forma rara e grave de infeção invasiva por *Salmonella*, complicada por abscesso retroperitoneal e disfunção miocárdica fulminante. Salienta-se a importância de uma abordagem integrada do doente séptico em Medicina Interna, com elevada suspeição para focos infecciosos profundos e reconhecimento precoce de complicações sistêmicas inesperadas que podem determinar o prognóstico.

POA 305

SINTOMAS URINÁRIOS REFRATÁRIOS NO IDOSO: UM CASO DE TUBERCULOSE

Ana Cristina Peixoto; Ana Luísa Maceda Rodrigues; Margarida Miguel Paraíso; José Manuel Couto; Susana Ferreira; Nuno Melo; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A persistência de sintomas urinários e piúria em idosos, especialmente com antecedentes de infeções do trato urinário, constitui um desafio diagnóstico. Perante uroculturas persistentemente negativas, a piúria estéril deve alertar para outras etiologias, sendo a tuberculose (TB) geniturinária um diagnóstico diferencial mandatório.

Caso clínico: Mulher de 84 anos, com síndrome demencial avançada e história de infeções do trato urinário de repetição. Admitida no Serviço de Medicina Interna por infeção respiratória, com evolução favorável. O internamento prolongou-se por motivos de cariz socioeconómico, apresentando como intercorrência bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*, tendo cumprido antibioterapia dirigida com resolução do quadro. Posteriormente, manteve queixas de disúria intermitente e polaquiúria, com leucocitúria persistente na análise sumária de urina e uroculturas repetidamente negativas. Esta dissociação clínico-laboratorial – piúria estéril persistente – levantou a suspeita de tuberculose geniturinária.

Assim, procedeu-se à investigação de micobactérias na urina, e que embora o exame cultural tenha sido negativo, a pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* por Polymerase Chain Reaction (PCR) foi positiva por duas vezes, estabelecendo o diagnóstico.

Foi realizado estudo para exclusão de disseminação sistémica através de tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica (TC-TAP), onde se documentaram lesões sugestivas de TB pulmonar/ sequelas de TB. Apesar de ausência de clínica respiratória, fez lavado broncoalveolar onde se isolou *Mycobacterium tuberculosis*.

Foi feita notificação no SINAVE e a doente iniciou terapêutica tuberculostática padrão, com resolução completa da sintomatologia urinária.

Conclusão: Os idosos podem ter manifestações clínicas muito subtis. Este caso sublinha a necessidade de um elevado índice de suspeição para TB urinária em doentes com piúria estéril. O recurso a métodos moleculares (PCR) é crucial para um diagnóstico célere, dada a morosidade e a sensibilidade variável das culturas. O diagnóstico atempado é fundamental para prevenir complicações irreversíveis, como estenoses ureterais, hidronefrose e insuficiência renal crónica.

POA 306

O INIMIGO IMPROVÁVEL: PSEUDOMONAS AERUGINOSA COM FOCO GASTROINTESTINAL EM NEUTROPENIA

Patrícia Varanda Dias; Daniela Da Graça Cruz;
Mónica O. Rodrigues; Pedro Manuel Oliveira
ULS Gaia e Espinho

Introdução: A neutropenia é fator de risco major para infeções graves, com elevada mortalidade quando evolui para choque séptico. As bacteriemias no doente neutropénico envolvem sobretudo bacilos Gram-negativos entéricos e cocos Gram-positivos associados a dispositivos. A bacteriemia por *P. aeruginosa* associa-se a choque séptico precoce, sendo o trato gastrointestinal um ponto de partida raro.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, com antecedente de artrite reumatoide medicada com metotrexato e prednisolona, recorre ao serviço de urgência por diarreia e vômitos com duas semanas de evolução, sem febre. Objetivamente à admissão, hipotensa (TA 95/64 mmHg), mucosas desidratadas, sem alterações ao exame abdominal. Gasometria com acidose metabólica. Analiticamente, a destacar pancitopenia com neutropenia grave ($0,18 \times 10^3/\mu\text{L}$), lesão renal aguda AKIN 1 e Proteína C reativa 26,6 mg/dL. Perante agravamento hemodinâmico e acidose refratária a fluidoterapia, foi internada por choque séptico com disfunção multiorgânica, em contexto de neutropenia. Após exclusão de foco biliar, respiratório, urinário, cutâneo e endocardite infecciosa, assumido ponto de partida gastrointestinal, tendo iniciado empiricamente ceftriaxona e metronidazol. Hemoculturas com isolamento de *P. aeruginosa*, efetuado switch para piperacilina/tazobactam. TC abdominopélvica e colonoscopia com espessamento parietal do cólon descendente compatível com colite infecciosa. A doente evoluiu favoravelmente, com reversão das disfunções e resolução da diarreia.

Discussão: A *P. aeruginosa* é classicamente associada a infeções nosocomiais, nomeadamente respiratória e bacteriemias relacionadas com cateter, apresentando elevada virulência e potencial de resistência antimicrobiana. Embora possa colonizar o trato gastrointestinal, raramente é o agente predominante em infeções gastrointestinais primárias, o que torna esta apresentação incomum. Neste caso, a provável colonização prévia, lesão da mucosa e neutropenia terão favorecido translocação bacteriana.

Conclusão: Embora a bacteriemia por *P. aeruginosa* com ponto de partida gastrointestinal primário seja rara, deve ser considerado no doente neutropénico com sépsis de origem indeterminada, dada a sua evolução potencialmente fulminante e impacto prognóstico significativo.

POA 307

CONFIAR NO DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL

M^a Emília Vieira Duque Carreira Monteiro;
Beatriz Roque Coelho; Sara Maia Barbosa; Teresa Souto Moura

Hospital de São José

A tuberculose óssea representa 1-3% dos casos de tuberculose e cerca de 10% a 35% dos casos de tuberculose extrapulmonar, podendo envolver qualquer estrutura óssea. A rentabilidade da biópsia óssea ronda os 50%, sendo que é maior com a combinação de métodos (histológico, cultural e TANN (Teste de Amplificação de Ácido Nucleicos))

Homem, 29 anos, natural da Guiné, aparentemente saudável. Admitido por quadro de lombalgia com 4 meses de evolução e agravamento recente, parestias dos membros inferiores e dificuldade na marcha. Ao exame Objetivo, salientava-se sinal de Lasègue positivo bilateral e dor ligeira à palpação das apófises espinhosas lombares. Analiticamente, sem aumento de parâmetros inflamatórios, hemoculturas negativas. TC lombar sugestiva de espondilodiscite D11-D12. Iniciou antibioterapia empírica suspensa após 1 semana por etiologia piogénica pouco provável. Realizou 2 biópsias aspirativas com TAAN e pesquisa de BK negativo, histologia também não sugestiva de tuberculose. Realizada RM Lombar com espondilodiscite e prováveis abscessos. Por fim realizou intervenção cirúrgica, em que apresentava *caseum* macroscópico, com colheita de material biológico. Foi obtido resultado positivo do TAAN, iniciou terapêutica com antibacilares, confirmando-se posteriormente também em exame cultural. A evidência de espondilodiscite sem isolamento de agente num doente que mantém clínica (dor e febre) apesar de antibioterapia empírica, deve-nos fazer pensar em espondilodiscite tuberculosa, especialmente se natural de um país de endémico.

Este caso realça que perante uma suspeita clínica elevada de tuberculose, apesar de sucessivas colheitas de material biológico com TAAN e pesquisa de BK negativos, a clínica é soberana, pelo que o internista não deve desistir desta hipótese, e eventualmente iniciar terapêutica antibacilar empírica mais precocemente.

POA 308

ICTERÍCIA, LESÃO RENAL AGUDA E TROMBOCITOPENIA: ALERTA PARA LEPTOSPIROSE GRAVE

Joana Timóteo; Carmen Corzo; Rui Matono; João Beleza;
Luísa Rebocho

Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

A leptospirose é uma zoonose de apresentação variável, podendo evoluir para doença de Weil, forma grave ictérica, com lesão renal aguda (LRA) e alterações hematológicas, nomeadamente trombocitopenia. Apesar de pouco frequente, deve ser considerada, sobretudo

em contexto epidemiológico compatível, exigindo anti-bioterapia atempada.

Homem, 60 anos, trabalhador rural, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Vinda à urgência por vômitos, dor abdominal, icterícia e colúria. Ao exame Objetivo com hipotensão (84/54 mmHg) e febre (38,1°C). Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 12.000/μL, neutrófilos 84%, PCR 15,2 mg/dL), trombocitopenia acentuada (18.000/μL), bilirrubina total de 15,7 mg/dL (predomínio direto), elevação moderada das transaminases (AST 132 U/L, ALT 130 U/L), hiponatremia e agravamento agudo da função renal (creatinina 1,50 mg/dL; ureia 125 mg/dL). TC abdominopélvica sem evidência de litíase ou dilatação das vias biliares. Serologias virais hepáticas negativas. Por disfunção multiorgânica (LRA, trombocitopenia e icterícia), foi internado para monitorização e tratamento. Atendendo à apresentação clínica e ao contexto ocupacional, foram solicitadas serologias, com IgM positiva para *Leptospira*, confirmando o diagnóstico. Iniciou doxiciclina, com estabilização hemodinâmica, recuperação plaquetária progressiva e normalização da função renal.

Este caso ilustra uma forma grave de leptospirose. A desproporção entre hiperbilirrubinemia marcada e citólise moderada, associada a LRA e trombocitopenia, constitui padrão descrito nas formas graves e deve integrar o diagnóstico diferencial de hepatite aguda ou síndrome colestática obstrutiva, particularmente em doentes com exposição de risco. A presença simultânea destas alterações associa-se a maior gravidade descrita na literatura, tornando essencial a suspeição precoce e o início atempado de antibioterapia, determinantes para evolução favorável.

POA 309

ENDOCARDITE INFECCIOSA DE VÁLVULA PROTÉTICA POR *BARTONELLA HENSELAE*: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Ana Frederica Malheiro Passos Cruz Parente; Iara Fazenda; António Ferreira; Joana Neiva; Conceição Santos; Carla Dias; Carmélia Rodrigues

Hospital Sta Luzia

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) de hemoculturas negativas permanece um desafio diagnóstico, sobretudo em doentes portadores de próteses valvulares.

Caso clínico: Homem, 51 anos, com miocardiopatia dilatada de etiologia multifatorial e portador de prótese biológica aórtica implantada em março de 2024 por válvula bicúspide com estenose grave. Em Dezembro/25, avaliado em consulta de Cardiologia onde referia arrepios de frio e astenia com dois meses de evolução, sem foco infeccioso evidente e sem história de antibioterapia. Destacava-se contacto frequente com gatos, com múltiplas escoriações nas mãos. O ecocardiograma transtorácico revelou espessamento das

cúspides protéticas, de novo, com estrutura aderente suspeita, confirmado por ecocardiograma transesofágico que evidenciou vegetação filiforme de cerca de 9 mm na cúspide coronariana esquerda da prótese aórtica. Analiticamente com 115.000 plaquetas, PCR 2,30mg/dL e VS de 8mm/h. Colheu hemoculturas (HC) (2sets), serologias infecciosas, foi admitido no internamento e iniciou antibioterapia empírica com ampicilina, ceftriaxone e gentamicina. As HC seriadas foram negativas e a investigação etiológica revelou serologia positiva para *Bartonella henselae* (IgG 1/2560; IgM 1/200), compatível com infecção ativa. Suspensa ampicilina e Ceftriaxone, associada doxiciclina a gentamicina (2semanas) mantendo apirexia sustentada e sem complicações locais (para)valvulares major. Teve alta sob doxiciclina até completar 12 semanas com diminuição dos títulos IgM e resolução dos achados ecocardiográficos.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de considerar agentes atípicos, nomeadamente *Bartonella spp.*, na investigação de EI de hemoculturas negativas, particularmente em doentes com exposição a gatos. Destaca-se o papel fundamental da ecocardiografia e da serologia no diagnóstico e orientação terapêutica, permitindo abordagem conservadora com boa evolução clínica, e reforça a possibilidade de gestão em ambulatório destes doentes.

POA 310

BACTERIEMIA POR *SALMONELLA* COMO ETIOLOGIA DE ANEURISMA ILÍACO: RELATO DE UM CASO

Pedro Brito Guerreiro; Rita Tourais Martins; Carolina Gomes; Claudia Abreu Dos Santos; João Barroso; Desireé Farinha
Hospital Vila Franca Xira

Introdução: Os aneurismas micóticos são raros e constituem uma complicação grave da bacteriemia por *Salmonella enterica*, frequentemente com apresentação clínica atípica, especialmente em doentes idosos com comorbilidades. Este caso destaca os desafios diagnósticos e a abordagem terapêutica de um aneurisma ilíaco infeccioso, descoberto durante a investigação de uma síndrome constitucional.

Caso clínico: Homem de 73 anos, com diabetes tipo 2 e cardiopatia isquémica, admitido para tratamento de erisipela do membro inferior direito e estudo de perda ponderal inexplicada e anorexia com três meses de evolução, sem outra sintomatologia associada. Iniciou empiricamente flucloxacilina, sem colheita prévia de culturas, apresentando melhoria clínica gradual da erisipela. Na investigação do síndrome constitucional, realizou TC toraco-abdomino-pélvica para exclusão de neoplasia oculta, que revelou aneurismas saculares nas artérias ilíacas. Após término da antibioterapia, desenvolveu febre, pelo que foram colhidas hemoculturas com isolamento de *Salmonella enterica*. Apesar da bacteriemia, não apresentava sintomas gastrointestinais nem fatores de risco conhecidos.

Face aos achados imagiológicos e à bacteremia, o caso foi discutido com a Infecçologia e Cirurgia Vascular, suspeitando-se uma etiologia infecciosa dos aneurismas. Devido ao risco iminente de rotura, os aneurismas foram tratados prontamente com reparação endovascular (EVAR) com prótese, mantendo antibioterapia ajustada à sensibilidade microbiológica.

Discussão: Este caso sublinha a importância de suspeitar de uma etiologia infecciosa de aneurismas em doentes com bacteremia, particularmente por *Salmonella*. A reparação endovascular (EVAR) representa uma abordagem eficaz e menos invasiva, especialmente em doentes de elevado risco. O diagnóstico precoce e uma abordagem multidisciplinar são fundamentais para garantir intervenção atempada, otimizar os resultados clínicos e reduzir o risco cirúrgico.

POA 311

TUBERCULOSE MULTISSISTÉMICA: COMPROMISSO PERICÁRDICO E ÓSSEO COM MICROBIOLOGIA NEGATIVA

Ana Maria Teodoro; Francisco Piçarra; Catarina Santos; Diogo Ferreira Marques; Diogo Vaz Pinto; João Portela; Tiago Judas

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A tuberculose (TB) é responsável por um considerável número de casos de pericardite aguda e constrictiva, especialmente em países não industrializados, mas permanece um desafio diagnóstico em contextos de baixa prevalência. A apresentação com envolvimento multissistémico exige um elevado índice de suspeição e um estudo etiológico exaustivo para diferenciar entre patologia infecciosa disseminada e neoplasia.

Caso clínico: Sexo masculino, 33 anos, sem antecedentes patológicos, admitido por cansaço, febre de predomínio vespertino e hipersudorese noturna com meses de evolução. À entrada, apresentava sinais de pericardite aguda e derrame pleural esquerdo volumoso. A análise do líquido pleural revelou um exsudado linfocítico com adenosina deaminase de 43. Realizou 3 toracocenteses e 1 toracoscopia com biópsia pleural, com pesquisas diretas, culturais e de reação em cadeia da polimerase para *M. tuberculosis* no líquido e tecido pleural negativas. O doente apresentava ainda queixas de dor cervical, cujo estudo com tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear (RMN) revelou lesões osteolíticas em C7 e C3, com expressão paravertebral e foraminal. A tomografia por emissão de positrões confirmou hipermetabolismo nestas lesões, mantendo o diagnóstico diferencial entre etiologia maligna e infecciosa.

Perante a forte suspeita clínica de TB disseminada, iniciou-se terapêutica antibacilar quádrupla e prednisona. Durante o desmame de corticóide, verificou-se recorrência da miopericardite, sendo necessário asso-

ciar ibuprofeno e colchicina, com boa resposta clínica e resolução ecocardiográfica dos sinais de pericardite. A RMN de controlo revelou redução marcada do hiper-sinal e dimensões das lesões em C3 e C7, corroborando o diagnóstico de osteomielite tuberculosa pela resposta terapêutica favorável.

Discussão: O caso ilustra a dificuldade no isolamento microbiológico de TB extrapulmonar, onde o diagnóstico é frequentemente presuntivo. A necessidade de múltiplas intervenções invasivas e o achado de lesões osteolíticas foram decisivos para definir a gravidade e natureza disseminada do quadro. A mensagem principal reside na importância da resposta clínica e imagiológica à terapêutica antibacilar como critério confirmatório em casos de elevada suspeição sem isolamento de agente.

POA 312

ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO COM GENÉTICA ATÍPICA: O PAPEL DE SERPINA1 NA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Jéssica Marques; André Coelho; Rui Pancas; Regina Costa; Sónia Moreira; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O Angioedema Hereditário (AEH) caracteriza-se por episódios recorrentes e autolimitados de edema envolvendo sobretudo a pele, mucosa gastrointestinal e via aérea superior, sem urticária. No passado, o AEH foi descrito como resultado de deficiência ou disfunção do inibidor de C1 (C1INH). Em 2000, um novo tipo de AEH foi identificado sendo caracterizado por atividade plasmática do C1INH normal e designado de AEH com atividade do C1INH normal ou tipo 3. A informação atual sobre a incidência e prevalência deste tipo é limitada. Até à data estão referidas 6 mutações associadas: Fator XII (p.Thr328Lys), Plasminogénio, Angiopietina-1, Quininogénio-1, Mioferlina e Heparano sulfato-glucosamina 3-O-sulfotransferase. Contudo, a maioria dos doentes com AEH com atividade do C1INH normal apresentam estudos genéticos negativos para as referidas mutações, sugerindo variantes ainda não identificadas.

Caso clínico: Sexo masculino, 66 anos, com antecedentes de episódios recorrentes de angioedema mucocutâneo facial e orolabial. Teve seguimento em consulta de Imunoalergologia sem diagnóstico estabelecido. Desde então com recidiva sintomática do angioedema, dactilite das mãos e lesões descamativas, não pruriginosas nos membros superiores. Pela sintomatologia descrita, pela história familiar (irmã e sobrinhos com episódios semelhantes de angioedema recorrente), pela ausência de medicação associada, ausência de resposta a antihistamínicos e resposta apenas parcial a corticoterapia, foi completado estudo de angioedema que revelou níveis e atividade de C1-I-NH normais e estudo genético para mutações clás-

sicas de AEH negativo. No entanto, identificou-se em heterozigotia a variante patogénica PI*Z do gene SERPINA1 (p.Glu366Lys). O doente manteve seguimento em Medicina Interna.

Discussão: Este caso retrata a complexidade diagnóstica e terapêutica do AEH e sugere uma possível associação entre AEH tipo 3 e a variante patogénica PI*Z do gene SERPINA1 (p.Glu366Lys), descrita como rara na literatura. Este caso clínico poderá contribuir para a inclusão desta variante nos rastreios genéticos de doentes com suspeita de AEH e para o desenvolvimento de terapêuticas dirigidas.

POA 313

AMILOIDOSE AA, UMA PISTA DIAGNÓSTICA

Maria Isabel Guerra; Maria Homem Ferreira; Edgar Amaro; Ana Maria Grilo; Sofia Lourenço
Hospital Cascais - Dr. José de Almeida

Introdução: A amiloidose AA deve-se à deposição extracelular de fibrilhas de proteína amiloide A, uma proteína de fase aguda hepática. Apresenta-se como complicação rara de doenças inflamatórias infecciosas crónicas, ou de certas neoplasias. Os depósitos podem surgir numa grande variedade de tecidos, sendo os mais comuns nos rins, fígado e intestino.

Caso clínico: Uma mulher de 58 anos é encaminhada para consulta de oftalmologia por tumefacção conjuntival inferior direita. Tem antecedentes de neoplasia do cólon tratada em 2014, hipertensão arterial e síndrome depressivo. A biópsia da tumefacção revelou: “placa amiloidótica, positividade para substância beta amiloide e marcação para amiloide AA”. Após biópsia foi enviada para consulta de Medicina Interna. Referia queixas com vários anos de evolução de astenia, gonalgia bilateral de ritmo inflamatório e eritema malar, com agravamento à exposição solar. Analiticamente com ANA positivo, título 1/160 padrão fino granular (AC-4); electroforese de proteínas e cadeias leves livres no soro e urina dentro da normalidade. A biópsia de gordura abdominal, a colonoscopia total e TC toraco-abdomino-pélvica foram inocentes. Assumiu-se o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), com base nos achados clínicos e analíticos (12 pontos nos critérios 2019 EULAR/ACR). Dada a ausência de achados sugestivos de outro diagnóstico e a confirmação de remissão da neoplasia do cólon, assumiu-se provável correlação entre LES não previamente diagnosticado e Amiloidose AA localizada.

Discussão: A apresentação localizada da amiloidose AA é rara. É fundamental a pesquisa da doença inflamatória de base, visto que apenas o seu tratamento pode controlar a deposição de amiloide. Tipicamente os doentes apresentam história pregressa de vários anos de evolução de patologia inflamatória. Este caso destaca-se pela inversão temporal entre o diagnóstico de amiloidose e de LES. Destaca-se assim a importân-

cia do diagnóstico precoce de doenças autoimunes, de forma a prevenir complicações.

POA 314

DA PELE AO FÍGADO: PRURIDO COMO PISTA PARA COLESTASE GRAVÍDICA

Inês Domingues; Cláudia Nunes; Patrícia Santos; Vanda Spencer

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A colestase intra-hepática da gravidez (CIG) é uma complicação específica da gravidez, e geralmente ocorre no 3º trimestre. Caracteriza-se por prurido e elevação sérica de ácidos biliares, com resolução no pós-parto. A idade materna avançada, história prévia de CIG, multiparidade, patologia hepatobiliar, obesidade e hipertensão constituem alguns dos fatores de risco. Valores séricos de ácidos biliares $\geq 40 \mu\text{mol/L}$ associam-se a maior risco de eventos adversos fetais.

Caso clínico: Grávida de 35 anos, com IO 2214 e antecedentes de pré-eclâmpsia e colestase gravídica, HTA gestacional e obesidade. Avaliada em consulta de Medicina Obstétrica às 34+5 semanas, por quadro de prurido intenso, refratário com 3 semanas de evolução, inicialmente palmo-plantar com generalização secundária, com colúria associada. Negava febre, dor abdominal ou vômitos. À observação, hemodinamicamente estável, eupneica, com discreta icterícia mucocutânea, sem lesões cutâneas ou edemas periféricos. Analiticamente com elevação transaminases e colestase com hiperbilirrubinemia direta, sem outras alterações. Sem coagulopatia e com serologias virais negativas. Realizado doseamento sérico de ácidos biliares que se encontravam elevados ($56,4 \mu\text{mol/L}$), confirmando-se o diagnóstico de CIG moderada. Atendendo ao risco fetal associado, antecedentes pessoais e gravidade do quadro, proposta para cesariana urgente após maturação pulmonar fetal com posterior resolução da citocolestase.

Discussão: A CIG associa-se a aumento de parto pré-termo e risco de morte fetal, aumentando com a concentração de ácidos biliares, sendo particularmente elevado $\geq 100 \mu\text{mol/L}$. Neste caso, a história obstétrica, idade materna, comorbilidades, níveis de ácidos biliares e o agravamento laboratorial sustentaram a interrupção precoce da gestação. Este caso reforça o papel da Medicina Interna na abordagem multidisciplinar da patologia hepática na gravidez, reconhecimento precoce e estratificação de risco materno-fetal, determinantes na abordagem e decisão do parto

POA 315

HEMATOMA INTRAMURAL DUODENAL APÓS COAGULAÇÃO COM ÁRGON PLASMA: UMA COMPLICAÇÃO ENDOSCÓPICA RARA

Maria Inês Rocha; Joana Magalhães; Bruno Santos Ferreira; Inês Teixeira Da Cruz; Jorge Almeida; Ana Isabel Ferreira
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: O hematoma intramural duodenal é uma complicação rara de procedimentos endoscópicos diagnósticos ou terapêuticos, incluindo biópsia, escleroterapia e coagulação com árgon plasma. Embora estas intervenções sejam amplamente consideradas seguras, encontram-se descritos casos isolados na literatura, nomeadamente, em doentes com coagulopatia e hipocoagulados.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, com antecedentes de cardiopatia congénita submetida a substituição valvular aórtica e mitral por próteses mecânicas, fibrilhação auricular permanente, sob anticoagulação com varfarina, e história prévia de hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal tratada endoscopicamente com injeção de adrenalina e hemoclips. Foi admitida por insuficiência cardíaca descompensada no contexto de infeção respiratória. Durante o internamento, verificou-se agravamento de anemia normocítica normocrômica com ferropenia, sem perdas hemáticas objetiváveis. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou angiectasia do bolbo duodenal, submetida a fulguração com árgon plasma. No período pós-procedimento evoluiu em choque hemorrágico com evidência de volumoso hematoma em íntimo contacto com a primeira e segunda porções do duodeno, com cerca de 11×9×8cm, com sinais de hemorragia ativa. Foi realizada embolização seletiva das artérias gastroduodenal, gástrica esquerda e direita e ramos pancreatoduodenais. Foi reintroduzida hipocoagulação com heparina não-fractionada, com estabilidade de hematoma e sem sinais de hemorragia ativa. Após mudança para varfarina, verificou-se aumento do hematoma para 20,4×10,9 cm, com evidência imagiológica de hemorragia ativa a partir do primeiro ramo jejunal da artéria mesentérica superior, impondo drenagem cirúrgica por laparotomia exploradora. Após abordagem cirúrgica, manteve estabilidade da hemoglobina e possibilidade de reintrodução de hipocoagulação com varfarina, sem intercorrências.

Discussão: Em conclusão, a presença de fatores de risco hemorrágico aumenta a probabilidade de complicações após terapêutica endoscópica, ainda que raras, sendo crucial manter elevada suspeição clínica e proceder a reavaliação imagiológica precoce para prevenir desfechos potencialmente graves.

POA 316

DO ACHADO INCIDENTAL AO DIAGNÓSTICO GENÉTICO: ESCALADA DIAGNÓSTICA NUM SÍNDROME MALFORMATIVA

Iara Fazenda; Ana Frederica Parente; Daniel Lima Alves; António Cardoso Fernandes; António Cruz; Alexandra Esteves; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

As displasias esqueléticas ligeiras no adulto constituem um desafio diagnóstico, frequentemente subdiagnosticadas por décadas. A Medicina Interna, pela sua abordagem integradora, assume papel central no reconhecimento de fenótipos sindrómicos dispersos por múltiplas especialidades. Homem, 35 anos, referenciado à consulta de por lesão osteolítica parietal direita incidental em TC-CE. Antecedentes dispersos por várias especialidades: glaucoma pigmentar, litíase renal recorrente, baixa estatura com atraso pubertário sem diagnóstico etiológico, psoríase e ansiedade generalizada. A avaliação inicial excluiu hipermetabolismo em PET-TC, indicação cirúrgica por Neurocirurgia e doença sistémica neoplásica, infecciosa ou inflamatória ativa. O estudo dirigido osteoporose precoce e hiperPTH secundário a défice de vitamina D. A integração clínica sistemática permitiu identificar síndrome malformativa esquelética: microcefalia, escoliose toracolombar, encurvamento dos rádios, encurtamento do carpo e metacarpos e limitação bilateral da supinação. Após exclusão exaustiva de outras causas, foi orientado para consulta de Genética Médica. O array-CGH não revelou alterações; o painel molecular para displasias esqueléticas identificou variante em heterozigotia no gene HOXA11 (c.52T>G; p.Cys18Gly), de significado clínico incerto (VUS), com frequência global de 0.00000% e transmissão materna confirmada. Variantes nos genes HOXA têm sido associadas a atraso do desenvolvimento, anomalias dos membros, malformações urogenitais e complicações hematológicas. Isto demonstra como achados incidentais, podem permitir reconhecer síndrome malformativa complexa décadas após o seu início. A Medicina Interna foi determinante ao coordenar abordagem multidisciplinar e oferecer explicação clínica unificadora. A variante VUS em HOXA11 amplia o espectro fenotípico conhecido, reforçando a importância de evitar encerramento diagnóstico precoce e manter vigilância clínica, metabólica e genética estruturada.

POA 317

SÍNDROME CONSUMPTIVO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

Filipa Ribeiro Trigo; Bárbara Laczkovits; Beatriz Andrade; Isabel Monteiro; Luísa Sousa; J. Vasco Barreto

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A imunodeficiência comum variável (ICV) é a imunodeficiência primária mais comum, no entanto é uma etiologia incomum de infeções de repetição associadas a síndrome consumptivo e pode configurar um desafio diagnóstico. Apresenta etiologia multifatorial, com identificação de causa genética em 10-20% dos casos, caracterizando-se por hipogamaglobulinemia e alteração da diferenciação de células B.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 38 anos. Avaliada em consulta por astenia, perda ponderal significativa, anemia e febre recorrente, associada a infeções de repetição, a motivar múltiplos ciclos de antibioterapia, com 6 meses de evolução. Referência ainda a dor hipogástrica recorrente. Do estudo realizado, anemia de doença crónica, imunoglobulinas G, A e M e cadeias leves indetectáveis, eletroforese de proteínas com faixa gama aplanada e elevação da VS e da PCR. Realizou TC toracoabdominopélvica que revelou esplenomegalia e formações quísticas justa-ováricas, tendo complementado estudo com RM que documentou lesões quísticas complexas com compressão do estroma ovárico. Foi internada, com posterior diagnóstico de doença inflamatória pélvica com múltiplos abscessos, a motivar antibioterapia e abordagem cirúrgica. Durante o internamento, iniciou tratamento endovenoso com imunoglobulinas. Realizou imunofenotipagem de linfócitos B que confirmou diagnóstico de ICV, com posterior identificação de mutação em heterozigotia no gene TNFRSF13B em ambulatório. Manteve tratamento mensal com imunoglobulinas com evolução favorável, resolução da anemia e recuperação do peso.

Discussão: Este caso sublinha a importância do reconhecimento das imunodeficiências perante a presença de infeções de repetição e síndrome constitucional. O diagnóstico célere de ICV permite uma gestão adequada e atempada, com possibilidade de tratamento dirigido.

POA 318

COLITE AUTOIMUNE: UMA COMPLICAÇÃO IMUNOMEDIADA DOS INIBIDORES DE CHECKPOINT

Carolina Castro Gandra; Joana Duarte; Pedro Ferreira; Antony Dionísio; Francisca Ramos; Margarida J Marcelino; Gonçalves Ribeiro; Inês Andrade

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Os inibidores de checkpoints imunitários (ICI) são cada vez mais utilizados para o tratamento de diferentes tipos de neoplasias, no entanto, existem cada vez mais

efeitos adversos reportados. Por exemplo, o Pembrolizumab, um anticorpo monoclonal anti-PD-1, leva a uma hiperativação do sistema imunitário, permitindo a sua ação contra células tumorais. No entanto, esta não sendo seletiva, pode levar a vários efeitos adversos imunomediados, como a colite imunomediada.

Caso clínico: Homem, 60 anos, sob Pembrolizumab por carcinoma de células renais pT3aN0, submetido a nefrectomia radical direita em 2024. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por agravamento de dejeções diarreicas, com vários meses de evolução, após início de Pembrolizumab. À admissão, em choque hipovolémico, tendo sido admitido em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para suporte vasopressor transitório e terapêutica de substituição renal contínua durante 24 horas, tendo iniciado antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Metronidazol. Posteriormente, foi excluída causa infecciosa e a colonoscopia revelou alterações compatíveis com colite imunomediada. Por melhoria teve alta clínica. Dez dias depois, retorna ao SU por reaggravamento das dejeções diarreicas com muco com 3 dias de evolução. Foi readmitido em UCI, tendo iniciado corticoterapia sistémica, com melhoria clínica progressiva. Após discussão com Oncologia, foi decidida suspensão definitiva do Pembrolizumab.

Discussão: A colite associada a ICI constitui um evento adverso relevante, podendo evoluir para quadros graves com desidratação severa, distúrbios hidroeletrólíticos e lesão renal aguda, potencialmente fatais. O reconhecimento precoce desta entidade é fundamental para evitar complicações. A abordagem terapêutica passa, na maioria dos casos, pela suspensão temporária ou definitiva do agente imunoterapêutico e início de corticoterapia sistémica. Em situações refratárias ou de maior gravidade pode ser necessária terapêutica imunossupressora adicional, nomeadamente agente anti-TNF, como o Infliximab. Este caso ilustra a importância da suspeita clínica de toxicidade imunomediada em doentes sob imunoterapia que apresentam diarreia persistente, bem como o risco de evolução para complicações sistémicas graves quando o diagnóstico e tratamento são tardios.

POA 319

INFLAMAÇÃO SISTÉMICA E EXPRESSÃO CUTÂNEA: PIODERMA GANGRENOSO ASSOCIADO A PROCTITE ULCEROSA

Inês Barbosa Leão; Helena Santos Gonçalves; Raquel Lourenço Martins; Inês Peneda Ferreira; Carolina Marcos Queijo; Margarida Mesquita Montes
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: O pioderma gangrenoso (PG) é uma dermatose neutrofílica rara (3-10 casos/milhão/ano), frequentemente associada a doenças inflamatórias intestinais (DII). Caracteriza-se por úlceras cutâneas

dolorosas, de evolução rápida, com bordos violáceos e eritema periférico. O diagnóstico é desafiante pela ausência de critérios histopatológicos patognomônicos, sendo essencial excluir outras causas.

Caso clínico: Mulher, com proctite ulcerosa controlada com messalazina 3 g/dia, recorreu ao SU por uma lesão gangrenosa no quadrante inferior direito do abdômen com 15 dias de evolução, iniciada como lesão puntiforme violácea escura, muito dolorosa, com agravamento nos últimos 3 dias, e ainda uma úlcera com bordos irregulares na face lateral da perna direita. Ciclo de antibioterapia recente com ceftriaxone por suspeita inicial de celulite, sem melhoria. À admissão, encontrava-se apirética, sem atividade intestinal e sem elevação de parâmetros inflamatórios. O estudo etiológico excluiu infecção (serologias e painel de fezes), vasculite (AN-CAs, ASCAs negativos) e gamapatia monoclonal. IGRA positivo, mas com Rx tórax sem alterações. A biópsia cutânea das lesões revelou infiltrado inflamatório perivascular com neutrófilos, vasculite neutrofílica e edema dérmico, sugestivo de PG. Imunofluorescência direta negativa. Após discussão multidisciplinar com Medicina interna, dermatologia e gastroenterologia, iniciou PDN 0,5mg/kg/dia e corticóide tópico, com melhoria progressiva das lesões. Alta clínica com PDN 40mg/dia e orientação para o CDP, para tratamento de tuberculose latente (IGRA positivo).

Conclusão: Este caso demonstra uma manifestação extra-intestinal de DII, sem evidência de atividade luminal concomitante. O diagnóstico de PG é de exclusão e assenta na correlação clínico-histológica, sendo fundamental afastar outras etiologias antes do início da imunossupressão. A integração clínica multidisciplinar permitiu diagnóstico atempado e instituição de corticoterapia sistêmica, com evolução favorável e prevenção de complicações.

IMAGENS

IMG 01

DOENÇA DE MADELUNG

Daniel Francisco Santos Rodrigues; Beatriz Rosa;
Laura Cainé; Carolina Oliveira; Elsa Gonçalves
Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

Homem de 58 anos, com antecedentes de doença hepática crónica de etiologia alcoólica, internado por encefalopatia hepática inaugural. Ao exame físico, observado aumento de volume, indolor e simétrico, da região cervical posterior e cintura escapular, de evolução prolongada mas desvalorizado por doente e família. No decurso do estudo imagiológico, foi realizada tomografia computadorizada cervicotorácica, que demonstrou extensas massas de tecido não encapsulado, de densidade compatível com gordura, distribuídas de forma simétrica nas regiões cervical, supraclavicular e escapular, sem efeito compressivo significativo sobre estruturas adjacentes. Os achados imagiológicos permitiram confirmar o diagnóstico de Doença de Madelung ou Lipomatose Simétrica Benigna, entidade rara, frequentemente associada ao alcoolismo crónico.

IMG 02

“QUANDO O CORAÇÃO APERTA” – UM CASO DE PERICARDITE CONSTRICTIVA DE PROVÁVEL ETIOLOGIA NEOPLÁSICA

Sara Pereira Henriques; Ana Rita Antunes;
Inês Amaral Pinto; Rita Azevedo Menezes;
Diogo Baptista Macedo; Inês Rueff Rato
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Mulher de 72 anos, previamente saudável, com declínio funcional, astenia e edema dos membros inferiores no último mês, associado a anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução. À admissão, apresentava FA com RVR, TVJ, edema periférico godet+ e um NTpro-BNP de 3166pg/mL. Assumida IC inaugural e iniciou diurético, com escassa resposta. Realizou TC TAP que demonstrou um espessamento nodular dos folhetos pericárdicos e adenopatias na cadeia mamária interna esquerda. Foi avaliada por Cardiologia que corroborou o diagnóstico de pericardite constrictiva de provável etiologia neoplásica. Evoluiu desfavoravelmente com disfunção multiorgânica. Face ao grau de fragilidade e irreversibilidade do quadro optou-se por privilegiar o conforto da doente.

IMG 03

LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO – UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL RECORRENTE

Sara Pereira Henriques; Diogo Baptista Macedo;
Inês Amaral Pinto; Rita Azevedo Menezes; Ana Rita Antunes;
Filipa Duarte Ribeiro; Pedro Alves Oliveira
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Homem de 47 anos, sem antecedentes de relevo, com episódios recorrentes de dor abdominal generalizada com um ano de evolução. Realizou TC AP que evidenciou uma lesão mesentérica (58x50mm) com áreas quísticas, densificação da gordura envolvente e múltiplas adenopatias adjacentes. Foi submetido a biópsia aspirativa da lesão com drenagem de conteúdo leitoso, sugestivo de origem quílosa. Os estudos microbiológicos e serológicos foram negativos. Optou-se inicialmente por uma atitude conservadora. Contudo, perante episódios sucessivos de sobreinfecção da lesão, acabou por ser submetido a excisão cirúrgica. A histologia confirmou o diagnóstico de linfangioma quístico mesentérico – um tumor linfático benigno, mas extremamente raro.

IMG 04

A ASTENIA QUE ERA SARCOIDOSE PULMONAR

Tânia Pereira Da Silva; Patrícia Brito; Joana Rego;
Diane Pimenta; Rosa Margarida Cardoso; Glória Alves
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Mulher, 26 anos, autónoma, fumadora (5 uma). Encaminhada para consulta de medicina interna para estudo de adenomegalias cervicais e inguinais, associadas a perda ponderal de 4 kg e astenia progressiva nos últimos 3 meses. A pet levantou suspeita de sarcoidose ativa, com envolvimento pulmonar bilateral e ganglionar (mediastino-hilar, supra-clavicular e abdominal superior). A histologia por ebus mostrou linfadenite granulomatosa sarcoidótica. Iniciou prednisolona 20 mg por 6 semanas, com desmame até suspensão após 1 ano. Evolução favorável, sem sinais de doença ativa. A sarcoidose é uma doença multissistémica de causa desconhecida, caracterizada por granulomas não caseosos, afetando mais frequentemente pulmões e gânglios torácicos.

IMG 05

BEHIND MUSCLE WEAKNESS: THINK POMPE!

Ana Sofia Rodrigues; Inês Marques Ferreira

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

54-year-old woman with four months of progressive fatigue, falls, and weight loss, admitted with acute respiratory failure due to severe pneumonia. During invasive ventilation, macroglossia was noted (Figure 1B). Imaging showed fatty infiltration and atrophy of the tongue (Figure 1A), paravertebral, and abdominal wall muscles. Laboratory tests revealed mildly elevated muscle enzymes. Reduced acid α -glucosidase (GAA) activity and pathogenic GAA gene variants confirmed the diagnosis. Muscle biopsy demonstrated glycogen accumulation, consistent with late-onset Pompe disease (Figures 2C to F). This case underscores the need to consider Pompe disease in adults with progressive weakness and respiratory failure, as early recognition allows timely enzyme replacement therapy.

IMG 06

LESÃO PSEUDOTUMORAL COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA DESMIELINIZANTE

Marta Amaro; Mariana Da Silva Alves; Isabel Martins; Dmytro Nagirnyak; Baltazar Oliveira; Natalyia Nedzelska; Maria Aurora Duarte

ULSMT

Mulher de 36 anos recorreu por episódios neurológicos transitórios recorrentes com fraqueza palpebral direita e parestesias do hemicorpo esquerdo. A tomografia cranioencefálica revelou lesões expansivas frontobasais sugestivas de processo tumoral ou infeccioso. A ressonância magnética demonstrou lesão tumefativa cortico-subcortical associada a múltiplas lesões periventriculares e medulares compatíveis com doença desmielinizante. Trata-se de uma apresentação rara, podendo mimetizar neoplasia do sistema nervoso central. Após corticoterapia em altas doses verificou-se resolução clínica. Este caso destaca o papel da ressonância magnética no diagnóstico diferencial e na evicção de procedimentos invasivos desnecessários.

IMG 07

ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL VOLUMOSO TROMBOSADO COMO ACHADO IMAGIOLÓGICO INCIDENTAL

Cláudia Sofia Abreu De Jesus; Pedro Guerreiro; Bárbara Silva; Carolina Gomes; João Barroso; Desirée Farinha; Filipe Filipe; Luís Cuña

Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo

O aneurisma da aorta abdominal é frequentemente silencioso, sendo muitas vezes detetado incidentalmente. A TAC é fundamental na sua caracterização e orientação terapêutica.

Descreve-se o caso de um homem octogenário, com múltiplas comorbilidades, internado por infeção urinária

alta complicada com sépsis, em quem foi identificada massa epigástrica pulsátil. A TAC revelou aneurisma infrarrenal parcialmente trombosado com 67 mm, associado a aneurismas ilíacos bilaterais, sem sinais de rotura. Considerando fragilidade e contexto clínico, optou-se por abordagem conservadora após discussão multidisciplinar.

Este caso destaca a importância do exame Objetivo na identificação de achados vasculares e evidencia o papel central da imagiologia na caracterização anatómica e suporte à decisão terapêutica em doentes complexos.

IMG 08

RIM PÉLVICO ECTÓPICO COM VASCULARIZAÇÃO ABERRANTE IDENTIFICADO EM ANGIO-TC

Cláudia Abreu De Jesus; Pedro Guerreiro; Bárbara Silva; Carolina Gomes; João Barroso; Desirée Farinha; Nuno Sousa; Filipe Filipe; Luís Cuña

Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo

Os rins ectópicos resultam de falha na ascensão renal durante o desenvolvimento embrionário, sendo geralmente assintomáticos e diagnosticados incidentalmente, podendo associar-se a variações vasculares relevantes. Homem de 51 anos, com antecedentes de TVP e TEP recorrente sob varfarina, recorreu ao SU por dor intensa no pé direito e parestesias. A angio-TC revelou oclusão da artéria femoral superficial distal/poplíteia. Como achado incidental, identificou-se rim esquerdo pélvico ectópico, com dupla artéria renal originada na ilíaca comum esquerda, sem hidronefrose.

A identificação destas variantes é importante em exames angiográficos, dado o risco de lesão iatrogénica. Este caso reforça a importância da avaliação sistemática dos exames imagiológicos, mesmo quando realizados com outro Objetivo diagnóstico.

IMG 09

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO PENETRANTE

Gabriela Alves Rodrigues; Francisco Calejo Pires; Nair Mendes Correia; Leila Duarte; Catarina Bekerman; Nuno Vieira E Brito; João Gouveia

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Homem, 32 anos, trazido ao Serviço de Urgência pela VMER após agressão com arma branca. À observação, visível faca de serrilha com 10 cm, ao nível da região frontal. Doente vigil, via aérea patente, eupneico, hemodinamicamente estável, com hemorragia moderada visível na região da órbita esquerda, GCS 15 e exame neurológico sumário sem alterações. Realizada TC CE, com reconstrução 3D, que demonstrou arma branca inserida por via frontal paramediana esquerda, atravessando, com trajeto oblíquo, o seio frontal, órbita direita e seio maxilar direito, com aparente integridade do respectivo globo ocular e dos complexos bainha-nervo óptico. O doente foi submetido a remoção da arma branca, com exploração cirúrgica, sem intercorrências.

IMG 10

ESTOMATITE HERPÉTICA EM DOENTE IMUNODEPRIMIDA

Daniela Baptista¹; Cláudia Alexandra Ribeiro²; Henrique Domingos²; Rodrigo Morgado²; Josiana Duarte²; Henrique Rita²

¹Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; ²Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Mulher de 31 anos, imunodeprimida em contexto de corticoterapia crónica por panhipopituitarismo pós-cirurgia e radioterapia por craniofaringioma na infância, recorreu por lesões aftosas extensas e dolorosas na língua, palato e lábios, com 7 dias de evolução, febre inicial e odinofagia. Inicialmente realizado 3 dias de terapêutica com AINEs sem melhoria. Observavam-se múltiplas ulcerações coalescentes com edema lingual associado (figura 1). Analiticamente destacava-se PCR 4 mg/L, LDH 500 U/L, AST ~90 U/L. Perante o quadro, discutido com infeccilogia e assumiu-se provável primoinfeção por VHS-1 em doente imunodeprimida, iniciando aciclovir oral. À reavaliação 6 dias depois com melhoria clínica significativa (figura 2). As imagens ilustram a exuberância das lesões nas mucosas e a sua evolução favorável após terapêutica antiviral dirigida.

IMG 11

UMA NOVA SILHUETA INTRACARDÍACA: CONFIGURAÇÃO LEADLESS NO BAV SINTOMÁTICO

Ana Rita Freire; João Filipe Carvalho; Hélia Martins
ULS Região de Leiria - Hospital de Santo André

O bloqueio auriculoventricular (BAV) sintomático constitui indicação formal para estimulação cardíaca permanente.

Apresenta-se o caso de um doente com BAV de 1.º grau e episódios sintomáticos de BAV 2.º grau Mobitz I, submetido a implantação de sistema leadless Micra-AV para pacing ventricular isolado.

A radiografia torácica (PA e perfil) demonstra dispositivo totalmente intracardíaco no ventrículo direito, sem cabos transvenosos ou gerador subcutâneo.

O sistema associa eficácia e segurança comprovadas e permite sincronização auriculoventricular por deteção mecânica auricular, ilustrando a evolução paradigmática da estimulação cardíaca.

IMG 12

PNEUMOTÓRAX LOCULADO INFETADO: PADRÃO IMAGIOLÓGICO ATÍPICO EM CONTEXTO SÉPTICO

Ana Rita Freire; Mariana Branco; Luís Duarte; Bruna Cordeiro; Cláudia Diogo; Cátia Faria; Adriana Santos Silva; Renato Saraiva

ULS Região de Leiria - Hospital de Santo André

Pneumotórax loculado: decorre de septação pleural inflamatória com compartimentalização do ar intrapleural, podendo assumir configuração atípica e dificultar o reconhecimento radiográfico.

Doente de 85 anos, internada por pneumonia bilateral, que evoluiu com insuficiência respiratória hiper-cápica grave e resposta inflamatória exuberante. A radiografia torácica evidenciou hipertransparência subpleural lenticular no hemitórax direito, delimitada por linha pleural visceral nítida, com ausência de padrão broncovascular e discreto colapso pulmonar adjacente, sem dependência gravitacional, compatível com pneumotórax compartimentalizado. O contexto séptico sustentou suspeita de infeção associada.

Programada TC torácica para melhor caracterização e drenagem pleural dirigida, a rápida deterioração clínica culminou em óbito prévio à intervenção.

IMG 13

UM DETALHE NA PELE!

Maria Inês Rocha; Bruno Santos Ferreira; Ana Isabel Ferreira; Paula Dias; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

Mulher de 79 anos. Antecedentes de síndrome demencial misto (degenerativo e vascular), hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Internada para estudo etiológico de duas lesões cerebrais, de novo, de etiologia não definida (metastização vs inflamatória/infecciosa), descobertas na sequência de estudo por alterações cognitivo-comportamentais agravadas com cerca de 1 mês de evolução. Ao exame físico foi encontrada lesão eritematosa no braço direito com cerca de 2,5 cm com áreas periféricas de pigmento, com anos de evolução e história de hemorragia, muito sugestiva de melanoma maligno. Este caso destaca a relevância de um exame físico detalhado e minucioso, não descuidando a inspeção de todo o tegumento.

IMG 14

QUANDO O TEGUMENTO DENUNCIA

Diane Pimenta; Joana Frazão; Helena Fernandes; Fernando Esculcas; Glória Alves

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Homem, 76 anos. Recorreu ao SU por quadro com 1 semana de evolução de alterações cutâneas. As lesões surgiram em distribuição acral com posterior disseminação centrífuga para o restante tegumento. Cerca de 7 dias antes tinha iniciado Rosuvastatina+Ezetimiba. A admissão apresentava um exantema purpúrico violáceo-escuro pelo que ficou internado por suspeita de vasculite cutânea necrotizante. Suspendeu a sua medicação e iniciou Prednisolona 1mg/kg/dia. O estudo etiológico (serologias viricas, painel de autoimunidade e crioglobulinas) foi negativo. Realizou capilaroscopia, sem alterações, acabando por realizar biópsia cutânea que relevou vasculite de pequenos vasos por provável etiologia medicamentosa. Assumiu-se toxicodermia às estatinas com Naranjo score de 7 pontos. O doente apresentou evolução clínica favorável tendo conseguido desmame de CCT em 9 meses.

IMG 15

UMA CAVIDADE QUE ENGANA

Diane Pimenta; Ricardo Peixoto; Laura Castro; Maria Elisa Torres; Glória Alves

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Homem de 60 anos, sem abrigo. Fumador, com comportamentos aditivos. Recorreu ao SU por quadro com 3 semanas caracterizado por tosse hemoptoica e febre vespertina. Após avaliação, foi internado por sepsis com ponto de partida em pneumonia lobar, com disfunção cardiovascular e respiratória, tendo iniciado empiricamente Ceftriaxone + Azitromicina. Dado a gravidade do quadro, realizou TAC Tórax que evidenciou enfisema pulmonar, para além de uma área de consolidação no LSE com broncograma aéreo e cavitação de 9 cm com nível hidroaéreo. Perante estes achados, foi adicionado cobertura para anaeróbios com Metronidazol. O rastreio etiológico permitiu entretanto isolar na expectoração um *Haemophilus influenzae* MS, assumindo-se assim pneumonia necrotizante por este agente. O doente cumpriu ATB durante 6 semanas, com evolução clínica, analítica e imagiológica favorável.

IMG 16

PSORÍASE ERITRODÉRMICA EM DOENTE COM INFEÇÃO VIH CONTROLADA

Diane Pimenta; Maria Luís Santos; Tânia Silva; Joana Rego; Joana Frazão; Catarina Faria; Clarisse Neves; Sandra Barbosa; Maria Elisa Torres; Glória Alves

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Homem de 43 anos, com infeção pelo VIH com carga viral indetetável e CD4 > 500 células/uL. Há cerca de 1 ano diagnosticado com Psoríase, sob Clobetasol tópico. Recorreu ao SU por aumento da extensão das lesões cutâneas, associado a prurido e dor incapacitante, com cerca de 2 semanas de evolução. A admissão, encontrava-se febril, com placas eritemato-descamativas de aspecto rupioide e confluentes, com manchas eritrodérmicas simétricas, com atingimento de >90% do tegumento, para além de edema bimaleolar. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi considerado evolução para Psoríase Eritrodérmica, tendo iniciado Acitretina 10mg 12/12h e Betametasona tópica. O estudo etiológico realizado não apresentou alterações de relevo. Durante o internamento, apresentou evolução clínica e analítica favoráveis com regressão progressiva das lesões.

IMG 17

QUANDO A HIPOCOAGULAÇÃO NÃO É RESPONSÁVEL POR TUDO

Diane Pimenta; Sofia Teles; Catarina Coelho Faria; Rodrigo Rufino; Isabel Trindade; Helena Sarmiento; Glória Alves

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Homem, 77 anos. FA hipocoagulada com Apixabano, suspenso recentemente por níveis supraterepêuticos. Tentado switch de NOAC sem sucesso, pelo que iniciou Varfarina após transição com HBPM. Cerca de 5 dias depois é observado no SU por hematoma espontâneo no dorso em agravamento. Apresentava-se em choque hemorrágico com disfunção neurológica, cardiovascular e respiratória. Analiticamente com queda de Hb (13>6 g/dL), sem trombocitopenia ou coagulopatia. O TAC mostrou hematoma de 139x92x212 mm com conteúdo heterogêneo, sem sinais de hemorragia ativa. Perante a ausência de relação com o anticoagulante, pediu-se estudo de trombofilias que identificou um défice de fator XIII, iniciando-se antifibrinolítico. Ao longo do internamento, desenvolveu ainda anemia hemolítica com necessidade de corticoterapia, acabando por apresentar evolução desfavorável e falecer.

IMG 18

CALCIFICAÇÃO PERICÁRDICA: UM ACHADO RADIOGRÁFICO COMO PONTE PARA O DIAGNÓSTICO

Catarina Pousa; Mariana Lourenço; Dora Gomes; Inês Cunha; Nuno Craveiro; Mariana Almeida; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Homem de 73 anos, com antecedentes de flutter auricular e hipertensão arterial, com achado de calcificação pericárdica exuberante em radiografia de tórax realizada em contexto de dispneia, no serviço de urgência. O ecocardiograma transtorácico foi sugestivo de pericardite constrictiva, com confirmação de constrição em estudo hemodinâmico. Foi submetido a pericardiectomia antefrénica, com exame anatomo-patológico a mostrar pericardite constrictiva calcificante. Estas alterações radiográficas são importantes para nos fazer suspeitar de uma patologia com grande impacto clínico e prognóstico. É importante ter em conta esta patologia na avaliação do doente, uma vez que pode condicionar alterações hemodinâmicas atípicas.

IMG 19

EMBOLIA GASOSA CEREBRAL: UMA EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA RARA

Beatriz Câmara Lourenço; Maria Rui Gomes; Ana Rita Melo; Marta Lima Basto; Rute Alves; Fábio Murteira

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Homem, 77 anos, internado por insuficiência cardíaca aguda, sem insuficiência respiratória, sob diurético endovenoso. Em D2 de internamento, teve crise tónico-clónica generalizada, evoluindo para estado de

mal epilético. TC-CE revelou bolhas gasosas nos seios cavernosos, espaço mastigatório e tecidos orbitários direitos, compatíveis com embolia gasosa cerebral e enfisema dos tecidos moles, resolvidos após 5h de oxigenação hiperbárica. Excluídos: trauma da cabeça e pescoço, procedimentos cardiotorácicos invasivos, pneumotórax, barotrauma por ventilação mecânica não invasiva, dispositivos venosos centrais, procedimentos ou infecções dentárias e microrganismos produtores de gás. Apesar da etiologia inconclusiva, este caso destaca a importância do tratamento emergente com oxigenoterapia hiperbárica e consequente reversibilidade do quadro.

IMG 20

A PELE COMO PISTA DE DOENÇA SISTÊMICA

Juliana Nogueira; Christian Neves; Maria Moraes; Sara Bravo; João Fonseca; Filipa Coroadó Ferreira

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A sarcoidose é uma granulomatose idiopática. A pele é o segundo órgão mais frequentemente atingido e, por vezes, a primeira manifestação.

Mulher de 68 anos, com antecedentes de Síndrome de Evans, internada por pneumonia e bicitopenia secundária à patologia de base. Apresentava síndrome constitucional e lesões cutâneas papulares violáceas, ligeiramente descamativas, com halo claro central (2-10 mm), na face, escalpe, tronco e membros. Tomografia computadorizada torácica com adenopatias hilares e mediastínicas; biópsia de pele com granulomas não necrotizantes; e exclusão de outras causas, firmando o diagnóstico de sarcoidose. Resolução da bicitopenia e das lesões cutâneas com corticoterapia tópica e oral. Atualmente seguida em consulta de Pneumologia, por sarcoidose com atingimento pulmonar e cutâneo.

IMG 22

ENVOLVIMENTO CUTÂNEO DE UM LINFOMA NÃO HODGKIN DE PEQUENAS CÉLULAS B

Ana Isabel Oliveira Ribeiro; Adriano Neto; Lueji Gumbe; Tiago Seco

Hospital Sto Andre

Homem de 71 anos apresentou-se no serviço de urgência com dispneia e extensa lesão ulcerada na parede torácica anterior, com cerca de um ano de evolução. Referia perda de 15 kg em três meses e edema dos membros inferiores. A TC torácica revelou volumoso derrame pleural bilateral, múltiplas adenopatias mediastínicas, axilares e da parede abdominal, derrame pericárdico e lesões ósseas destrutivas nas costelas e esterno. A biópsia confirmou linfoma não Hodgkin de pequenas células B, estágio IV. Foi tratado com R-CHOP e bendamustina, com boa resposta e cicatrização completa da lesão.

IMG 23

HIPOGLICÉMIA PARANEOPLÁSICA NA RECIDIVA DE SARCOMA DE EWING

Ana Isabel Oliveira Ribeiro; Lueji Gumbe; Adriano Neto; Tiago Seco; Ana Ponciano

Hospital Sto Andre

Doente do sexo masculino, 48 anos, admitido no serviço de urgência por hipoglicémia, com astenia e episódios de hipoglicémia de repetição. Antecedentes de sarcoma de Ewing extraósseo, submetido a tumorectomia há 5 anos. Documentada tríade de Whipple e hepatomegalia. A TC abdominopélvica evidenciou volumosa massa no lobo hepático direito (19 cm), heterogênea, com captação contrastada ligeira, com área central não captante, de limites bem definidos. Estudo analítico com insulina e péptido C suprimidos. Biópsia hepática compatível com recidiva de sarcoma de Ewing. Internamento com difícil controlo glicémico. Quadro compatível com hipoglicémia paraneoplásica não mediada por insulina, sugestiva de produção tumoral de IGF-II.

IMG 24

ENTRE CEFALIAS E TESOURAS: UM MENINGIOMA EM PLACA

Mariana Silva Alves; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Lara Adelino; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Doente de 62 anos de idade, sexo feminino, autónoma, recorreu ao SU por tumefação temporal esquerda, inicialmente valorizada pela sua cabeleireira, associada a cefaleia homolateral com três semanas de evolução. Ao exame Objetivo destacava-se assimetria da calote craniana. A TC-CE revelou espessamento da calote frontal esquerda sugestivo de meningioma em placa. A RM-CE comprovou o diagnóstico, demonstrando espessamento dural com realce homogêneo, assim como hiperostose óssea, de predomínio frontotemporal. Aguarda cirurgia. Trata-se de uma variante morfológica de meningioma caracterizada por crescimento laminar e difuso ao longo da dura-máter, frequentemente associada a envolvimento ósseo, devendo ser considerada em casos de cefaleia persistente.

IMG 25

LINGUAGEM EM JOGO: O ENIGMA DO PAC-MAN CEREBRAL

Mariana Da Silva Alves; Beatriz Luís Lopes; Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Doente de 85 anos, sexo masculino, autónomo, recorreu ao SU por alteração da linguagem ao despertar, ativando-se via verde AVC. Ao exame apresentava apenas afasia de expressão (NIHSS 2). A observação imediata das

imagens da Angio-TC CE excluiu evento vascular agudo, evidenciando lesão expansiva frontotemporal esquerda com desvio da linha média. Internado para estudo, realizou RM-CE e iniciou dexametasona 4mg diários, com melhoria progressiva do quadro. A RM-CE confirmou meningioma. Submetido a craniotomia com exérese completa, mantendo-se assintomático. Salienta-se este tumor primário do SNC como causa simuladora de AVC, apresentando-se como quadro agudo, pelo efeito de massa, edema e compressão cortical.

IMG 26

QUANDO O ÓBVIO NÃO É O DIAGNÓSTICO

Carolina De Almeida Robalo; Ana Santos Costa; Mónica Côrte-Real; Letícia Garcia Naben; Miguel Rodrigues; Pedro Freitas; Pedro Carreira; Susana Marques
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Mulher de 78 anos, ex-fumadora, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica com predomínio de enfisema, recorreu ao serviço de urgência geral por queixas de dispneia progressiva e hipoxemia. A radiografia de tórax evidenciava hipotransparência difusa de todo o hemicampo direito e aparente nível hidroaéreo apical, levantando a hipótese de cavitação ou pneumotórax loculado. Pedida tomografia computadorizada torácica para melhor caracterização que mostrava, porém, enfisema bolhoso destrutivo com extensas consolidações e vidro despolido à direita, sem coleção organizada. O caso ilustra como a doença estrutural pulmonar pode distorcer a anatomia radiológica, simulando novas lesões e condicionando o diagnóstico e a decisão terapêutica.

IMG 27

QUANDO A TUBERCULOSE SE REVELA: O PODER DA IMAGEM

Gisela Moreira Pinheiro; Matilde Boavida; Fábio Reis; Marília Santos Silva
ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Homem de 38 anos, sem antecedentes médicos, mas com contexto social complexo, recorreu ao Serviço de Urgência por perda ponderal e astenia nos últimos 3 meses e tosse produtiva há 1 mês. Do estudo realizado: parâmetros inflamatórios elevados, serologias víricas (incluindo Vírus da Imunodeficiência Humana) negativas; tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica com cavitações nos lobos pulmonares superiores (esquerda 9,8cm; direita 8cm), infiltrados peribroncovasculares e micronodularidades bilaterais; coleção prostática 25x16mm. A exuberância das imagens levou à suspeita da infeção disseminada por *Mycobacterium Tuberculosis* confirmada pela positividade de baciloscopias e micobacteriológico de urina, tendo iniciado terapêutica antibacilar.

IMG 28

PADRÃO PERFEITO, FÁRMACO ERRADO: SDRIFE POR PENICILINA

Filipe Da Cunha Pinto; Susana Teixeira; Ana Areia Reis; Lindora Pires
Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Os *Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema* (SDRIFE) são reações alérgicas farmacológicas pouco frequentes que se desenvolvem em poucas horas/dias após a administração dos mesmos. Doente do sexo feminino, 45 anos, internada por celulite do pé esquerdo. As hemoculturas evidenciaram uma doença invasiva a *Streptococcus* do grupo A, e o antibiograma permitiu o *switch* de flucloxacilina para penicilina endovenosa. Ao fim de 3 dias, a doente desenvolveu um rash petequial pruriginoso nas regiões nadegueira, inguinal e abdominal. Observou-se a administração de uma dose de penicilina e verificou-se uma exacerbação do exantema associada a prurido importante. Assim, concluiu-se por uma reação alérgica do tipo SDRIFE à penicilina.

IMG 29

SÍNDROME DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI COMO CAUSA DE ENCEFALOPATIA AGUDA

Filipe Da Cunha Pinto; Susana Teixeira; Marta Martins Ferreira; Ana Areia Reis; Lindora Pires
Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

A síndrome de *Marchiafava-Bignami* é uma entidade rara, associada sobretudo ao alcoolismo crónico e défices nutricionais, caracterizada por desmielinização e necrose do corpo caloso. Clinicamente pode manifestar-se por encefalopatia aguda, alterações cognitivas e défices neurológicos focais, dificultando o diagnóstico inicial. A ressonância magnética cerebral é essencial para identificação das lesões típicas e confirmação diagnóstica. O caso apresentado evidencia a importância do reconhecimento precoce desta entidade potencialmente reversível.

IMG 30

MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PARCIALMENTE TROMBOSADA

Cláudia Alexandra Ribeiro; Mónica Ferro Silva; José Nuno Braz; Maria Luísa Alvarenga; Cátia Albino; Henrique Rita
Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Doente de 89 anos, autónoma, com diagnósticos de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome vertiginosa, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de tonturas e cefaleia com 5 dias de evolução. À observação, apresentava tonturas com incapacidade para o ortostatismo, sem outros défices neurológicos. A TC cranioencefálica revelou lesão expansiva intra-axial occipital esquerda com edema vasogénico associado. Foi internada para estudo e realizou RMN cranioencefálica, que

mostrou malformação dos grandes coletores venosos, com possível duplicação do segmento médio-posterior do seio longitudinal superior e pseudo-seio drenando para estrutura vascular anômala, com dilatação sacular compatível com provável aneurisma venoso parcialmente trombosado.

IMG 31

DEFORMIDADE TARDIA: O LEGADO DA LEPRO

Catarina Gomes Gonçalves¹; Joana Cunha²; Presa Ramos²
¹IPO Coimbra; ²Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Masculino, 60 anos, com antecedentes de Doença de Hansen lepromatosa diagnosticada aos 23 anos e recidiva confirmada aos 58 anos por positividade para *Mycobacterium leprae* em biópsia cutânea. Cumpriu esquema multibacilar da Organização Mundial da Saúde, concluído em janeiro de 2025. Apresenta deformidades bilaterais em “mãos em garra”, com flexão das articulações interfalângicas e hiperextensão das articulações metacarpofalângicas, compatíveis com atingimento crónico dos nervos cubital e mediano, traduzindo polineuropatia sensitivo-motora axonal crónica grave, corroborada por eletromiografia. A imagem ilustra sequela neurológica irreversível da doença, salientando a importância do diagnóstico e seguimento precoces.

IMG 32

IATROGENIA RARA – FALSO ANEURISMA DA RADIAL

Carolina J.m. Teixeira¹; Rita Dos Santos Marques¹;
João Vítor Araújo¹; Ana Costa¹; Rosa Amorim²

¹Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras;
²Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Doente do sexo masculino de 57 anos, com história pessoal conhecida de obesidade mórbida, etilismo crónico, fibrilhação auricular permanente medicada com apixabano, hipertensão arterial essencial e síndrome da apneia obstrutiva do sono com necessidade de ventilação não invasiva e gasometrias regulares. Diagnóstico, em consulta de reavaliação pós urgência, de aneurisma radial esquerdo. Avaliado por Cirurgia Vascular. Realizada ressecção de falso aneurisma e arteriografia direta sem intercorrências. Pulso radial mantido em consulta de reavaliação.

O aneurisma iatrogénico corresponde a uma dilatação anormal da artéria radial associada maioritariamente a gasometrias, monitorização invasiva ou cateterismo. É um tipo de complicação rara, e tem como fatores de risco: anticoagulação, hemostasia inadequada ou múltiplas tentativas de punção.

IMG 33

DE OLHO NO PROBLEMA! – UM CASO DE HEMORRAGIA RETINIANA NO CONTEXTO DE DISCRASIA HEMORRÁGICA

Maria Luísa Alvarenga¹; Daniela Baptista²; Beatriz Domingos¹;
Sofia Sobral¹; Henrique Rita¹; Argílio Caldeirinha¹

¹Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano; ²Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

Homem de 47 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual, foi internado para estudar quadro constitucional com 1 mês de evolução e pancitopenia de agravamento progressivo (Hb 7.9 g/dl; plaquetas 11000/microl; leucopenia 1900/microl, neutropenia 200/microl) com necessidade de suporte transfusional semanal. Realizou mielograma e biópsia óssea compatíveis com síndrome mielodisplásico e provável mutação TP53. Durante o internamento, teve episódio de perda da acuidade visual do olho direito e foram identificadas hemorragias retinianas bilaterais à observação oftalmológica, pelo que realizou transfusão de plaquetas. Trata-se de uma manifestação rara de discrasia hemorrágica, que alerta para a necessidade de vigilância de trombocitopenias graves e valorização das queixas do doente, pois os sinais de discrasia hemorrágica podem não ser visíveis a olho nu.

IMG 34

DISSEMINAÇÃO METASTÁTICA DIFUSA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR EM NÃO FUMADORA

Ana Maria Rito¹; André Carmo²; Mariana Guerra²;
Sara Leitão²; Arsénio Santos²

¹Instituto Português de Oncologia Coimbra; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Mulher não fumadora, 67 anos, admitida por dor epigástrica com 7 dias de evolução e adenopatias supraclaviculares de consistência pétrea. Analiticamente, com alteração da enzimologia hepática e ecografia abdominal com várias lesões nodulares hepáticas. A PET-CT evidenciou disseminação neoplásica multisistémica de alto grau metabólico com envolvimento ganglionar, pulmonar, hepático, pancreático, peritoneal, ósseo e subcutâneo. A biópsia excisional da adenopatia confirmou metástase de adenocarcinoma pulmonar estágio IVB *ab initio*.

A associação histórica entre neoplasia pulmonar e tabagismo pode, inadvertidamente, atrasar a suspeição diagnóstica em não fumadores, sendo frequente a apresentação em estádios avançados neste subgrupo de doentes.

IMG 35

RECORRÊNCIA DO SÍNDROME DE OGILVIE

Margarida Sousa Ornelas; Isabel De Araújo; João Loja; Diogo Raposo André; Rafael Nascimento; João Miguel Freitas
SESARAM

A síndrome de Ogilvie caracteriza-se por uma disfunção funcional do intestino grosso resultando na sua dilatação significativa, na ausência de obstrução mecânica. Entidade rara, com incidência em 0,1% dos doentes internados anualmente. O caso refere-se a uma doente de 84 anos, acamada e com múltiplas comorbilidades, que apresentou dois episódios de recorrência desta síndrome em sete meses. Tratados com colonoscopia descompressiva e abordagem conservadora. Este caso ilustra a importância do reconhecimento imagiológico precoce e da abordagem da recorrência sintomática. As imagens demonstram a dilatação cecal, muito superior ao limiar de risco para complicações, evidenciando a gravidade potencial desta síndrome.

IMG 36

ACHADOS IMAGIOLÓGICOS NUMA COMPLICAÇÃO RARA: CISTITE ENFISEMATOSA

Mariana Lourenço; Catarina Pousa; Inês Cunha; Dora Gomes; João Tavares; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Doente do sexo feminino de 60 anos, com diabetes mellitus, recorre ao Serviço de Urgência por hiperglicemia e disúria com um mês de evolução. Analiticamente destacava-se hiperglicemia marcada e lesão renal aguda, com exame sumário de urina compatível com infeção do trato urinário (ITU). A ecografia renovesical revelou presença de gás na parede e lúmen vesical, achado característico de cistite enfisematosa, confirmado por tomografia computadorizada, uma forma rara, mas potencialmente grave de ITU, mais frequente em doentes diabéticos. Este caso reforça a importância da suspeição clínica e do papel da imagem no diagnóstico precoce, fundamental para reduzir morbilidade e mortalidade.

IMG 37

QUANDO A GRIPE A REVELA UM ENFISEMA SILENCIOSO

Ana Rita Sárria¹; Bruno Morgado Rebelo²; Nídia Pereira²

¹Hospital Pedro Hispano; ²Hospital Pedro Hispano

O enfisema pulmonar, caracterizado pela dilatação e destruição alveolar, tem como principais etiologias o tabagismo e o défice de alfa 1 antitripsina (A1AT). Apresento um homem de 50 anos, com carga tabágica alta (34 UMA) e consumo regular de haxixe no último ano, admitido na enfermaria com o diagnóstico inaugural de enfisema difuso de padrão panacinar/centrilobular e bolha enfisematosa volumosa, complicado com Infeção por Influenza A com sobreinfeção bacteriana. Outras etiologias foram excluídas (deficiência de A1AT, drogas, infeção VIH, doença autoimune). Com evolução favorável

após antivírico, antibioterapia e corticoterapia sistémica, a permitir alta para a consulta para vigilância e estratificação da Doença Pulmonar Crónica inaugural.

IMG 38

O SILÊNCIO DE UMA “LARGADA DE BALÕES”

Carolina Olim¹; Rodolfo Viríssimo Gomes¹; Lara Sá²

¹Serviço de Medicina Interna, SESARAM; ²Serviço de Cirurgia Geral, SESARAM

A Neoplasia Mucínica Papilar Intraductal (IPMN) do ducto principal tem elevado potencial de malignização. O diagnóstico precoce é desafiador pela inespecificidade dos sintomas, manifestando-se frequentemente em estadios avançados.

Homem, 84 anos com quadro de fadiga, tosse não produtiva e edema do membro inferior esquerdo com 1 mês de evolução. O ecodoppler excluiu trombose venosa profunda e a radiografia torácica revelou padrão de “largada de balões”. A tomografia computadorizada demonstrou evidência de metastização disseminada pulmonar e ganglionar (peripancreática e inguinal) e lesão pancreática suspeita. A colangiorressonância e biopsia levaram ao diagnóstico de IPMN do ducto principal na cabeça do pâncreas.

O caso ilustra a natureza silenciosa das neoplasias pancreáticas na qual a imagem pulmonar foi o passo inicial para o diagnóstico de doença avançada.

IMG 39

QUANDO A SÍNCOPE ESCONDE UMA EMERGÊNCIA AÓRTICA

Marta Carinhas; Álvaro Zia; Joana H. Teixeira; Patrícia Ferreira; Inês P. Carvalho; Daniela Rodrigues; António Cardoso; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Homem de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial de difícil controlo, foi admitido no serviço de urgência por síncope. Ao exame Objetivo apresentava palidez cutânea, hipotensão e diaforese. Analiticamente evidenciava anemia grave, com necessidade de suporte transfusional. A tomografia computadorizada revelou disseção aguda da aorta ascendente e arco aórtico, com extensão à aorta descendente proximal (Stanford A), sem evidência de rotura ou tamponamento cardíaco. Após estabilização hemodinâmica, foi transferido para o centro de referência de Cirurgia Vascular. A disseção aórtica aguda constitui uma emergência cardiovascular associada a elevada mortalidade. Este caso clínico destaca uma apresentação clínica atípica, salientando a importância de elevada suspeição diagnóstica para referência precoce e intervenção atempada.

IMG 40

ERITRODERMIA PSORIÁTICA

António Cardoso Fernandes; Ana Frederica Parente;
Iara Fazenda; Cátia Barreiros; Carmélia Rodrigues;
Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Mulher de 71 anos, com psoríase de longa data, sem seguimento, admitida por eritema confluyente (90% de superfície corporal), prurido intenso e descamação, com evolução de 48 horas após exposição a produtos agrícolas. A avaliação pela Dermatologia confirmou a suspeita de eritrodermia psoriática, dada a apresentação clínica clássica e exuberante. A biópsia cutânea foi dispensada. Iniciou-se terapêutica com acitretina (10 mg/dia), corticoterapia sistêmica e tópica. As imagens demonstram a gravidade das alterações cutâneas iniciais (Imagem 1 a 3), com marcada melhoria durante o internamento, reforçando a importância do diagnóstico clínico e da instituição precoce de terapêutica dirigida.

IMG 41

UM ACIDENTE DE CAÇA EM 1980 E UMA RADIOGRAFIA DE TÓRAX SURPREENDENTE

Mafalda Leal; Ana Catarina Pina Pereira; Íris Galvão;
Maria Inês Candeias; Carolina Paula; Maria Palma;
Sofia Salvo; Luís Vale

ULS São José

Durante a década de 80, os acidentes de caça apresentaram uma incidência significativa, resultando em múltiplos feridos, alguns deles ainda hoje vivos, que apresentam sequelas desses acidentes.

Relata-se o caso de um homem de 73 anos de idade, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica, que recorre ao serviço de urgência por dispneia e tosse com uma semana de evolução. Ao exame Objetivo apresentava-se polipneico em repouso, com necessidade de aporte de oxigénio suplementar e roncospirais dispersos à auscultação. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados. Realizou radiografia do tórax onde se destaca múltiplos objetos metálicos compatíveis com projéteis de acidente de caça ocorrido há 30 anos. Admitida infeção respiratória hipoxemiante e internado.

Dada a diminuição dos acidentes de caça esta torna-se uma imagem cada vez mais rara.

IMG 42

TROMBÓLISE OU NÃO, EIS A QUESTÃO!

Maria Luísa Alvarenga; Rodrigo Morgado;
Cláudia Alexandra Ribeiro; José Braz; Sofia Sobral;
Henrique Rita

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Homem de 50 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual, foi trazido ao SU de um hospital periférico por hemiparésia, hemianópsia esquerdas, e ataxia (NIHSS 7) com duração de 2 horas. Após a

realização de TC CE, foi adiada trombólise, uma vez detetada uma hiperdensidade occipital direita, impossibilitando a exclusão de hemorragia intracraniana. A discussão telefónica do caso e imagens com a equipa Via verde AVC (hospital central), permitiu considerar uma ectasia constitucional do seio transversal direito, gerando a ilusão de falso hematoma subdural. Iniciou trombólise (alteplase) às 3 horas do início do quadro e foi objetivada resolução total dos défices ainda durante a perfusão. Este caso reforça a importância da centralização de equipas VVAVC experientes, disponíveis para discussão célere nos casos onde a ausência de hemorragia é difícil de confirmar.

IMG 43

UMA PNEUMONIA NA HORA CERTA

Maria Ladeira Moraes; Rita Pato Rosa; Bárbara Paracana;
Mariana Teixeira; Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Homem, 47 anos, internado por Pneumonia Adquirida na Comunidade a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica sob antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido-clavulânico e Azitromicina. Por ausência de resposta clínica, realizou tomografia computadorizada com angiografia do tórax para exclusão de complicações. Foi detetado um aneurisma com rutura contida da aorta ascendente com disseção aórtica desde a válvula aórtica até à bifurcação ilíaca direita. Foi transferido para o Serviço de Cirurgia Cardiotorácica para substituição emergente da aorta ascendente. Este episódio tornou-se num desfecho inesperado para o tratamento de uma pneumonia, que tornou possível o diagnóstico e tratamento atempados de uma situação potencialmente fatal.

IMG 44

SILÊNCIO AUSCULTATÓRIO: PNEUMOTÓRAX EXTENSO À DIREITA

Isabel Gonçalves Moreira; Inês Araújo Barbosa;
João Ricardo Serra; Rita Costa

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Homem de 20 anos, com antecedentes pessoais de asma e tabagismo. Submetido a ressecção atípica de apex e pleurodese por pneumotórax primário espontâneo à esquerda recidivante. Além disso com drenagem de pneumotórax espontâneo primário à direita. Admitido por toracalgia de características pleuríticas e tremores com um dia de evolução. Hemodinamicamente estável, eupneico com saturação periférica de 88% em ar ambiente e murmúrio vesicular ausente no hemitórax direito. A radiografia torácica revelou pneumotórax total do hemitórax direito com desvio de estruturas mediastínicas. Este caso pretende demonstrar sinais radiográficos precedentes à rápida evolução para pneumotórax hipertensivo e a importância da sua abordagem emergente.

IMG 045

DISTENSÃO ABDOMINAL NO PÓS-OPERATÓRIO ORTOPÉDICO: UM CASO DE SÍNDROME DE OGILVIE

Marta Carinhas; Álvaro Zia; Joana H. Teixeira; Patrícia Ferreira; Inês P. Carvalho; Daniela Rodrigues; António Cardoso; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Mulher de 75 anos, submetida recentemente a artroplastia total da anca por osteoartrose, recorreu ao serviço de urgência por dor e distensão abdominal, náuseas, vômitos e obstipação. Analiticamente apresentava anemia, hipocalcemia grave e ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios. A tomografia computadorizada revelou dilatação difusa do cólon e da ampola retal, sem evidência de obstrução mecânica. Foi diagnosticada pseudo-obstrução aguda do cólon (síndrome de Ogilvie) e instituído tratamento conservador com descompressão nasogástrica e correção hidroeletrólítica, com evolução favorável.

Este caso clínico reforça a necessidade de elevado índice de suspeição no pós-operatório, particularmente em doentes idosos, permitindo diagnóstico e intervenção precoces, determinantes na prevenção de isquemia, perfuração intestinal e aumento da morbimortalidade.

IMG 46

“TROMBO AÓRTICO MURAL PRIMÁRIO – UMA ENTIDADE RARA.”

João Ferreira De Melo; José Pedro Fonseca; Hugo Ventura; Alexandra Vaz; Jéssica Oliveira; Joana Rodrigues; Ana Rita Soares; Edite Nascimento

Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

Mulher 67 anos, avaliada por dor abdominal e dejeções diarreicas. Tomografia computadorizada (TC) documentou volumoso trombo de 18x21 mm na aorta descendente (figuras 1 e 2). Instituída hipocoagulação com enoxaparina e antibioterapia por isquemia do intestino delgado com translocação bacteriana. Sem história de trauma aórtico ou manipulação endovascular. Excluída etiologia cardioembólica, ateromatose da aorta, patologia aneurismática, neoplasia, trombofilias hereditárias ou adquiridas, vasculite ou doenças auto-imunes. TC de controlo com resolução do trombo apenas com hipocoagulação (figura 3). O trombo aórtico mural é uma entidade rara com mortalidade elevada, não existindo consenso quanto à avaliação prognóstica ou algoritmo de tratamento.

IMG 47

UMA CAUSA INCOMUM DE DISPNEIA.

Ana Sofia Pimenta; Clara Pinto; Carolina Marçal; Margarida Midões; Guilherme Cunha; Susana Cavadas

Hospital Infante Dom Pedro em Aveiro

Mulher de 73 anos que recorre ao serviço de urgência por dispneia, astenia, tosse produtiva e obstipação. Foi assumida bronquite aguda com insuficiência

respiratória global, cumprindo ciclo de amoxicilina e ácido clavulânico e azitromicina. Por insuficiência respiratória persistente e hipotransparência heterogênea na base do hemitórax direito, fez TC torácica que revelou volumosa hérnia diafragmática direita a condicionar síndrome restritivo. Após otimização terapêutica, teve alta hospitalar em ar ambiente, orientada para consulta de cirurgia torácica. Esta imagem tem relevância clínica, uma vez que demonstra a importância da investigação etiológica detalhada, evidenciando, uma causa menos comum de insuficiência respiratória global.

IMG 48

SÍNDROME DE MAY-THURNER: UMA CAUSA RARA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Rodrigo Portazio; Nuno Maia Neves; Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz Lisboa

Mulher de 25 anos admitida por edema súbito do membro inferior esquerdo, tendo realizado eco-Doppler que documentou trombose venosa ílio-femoral. Para esclarecimento etiológico, realizou angio-TC abdominal e pélvica que mostrou trombose da veia ilíaca primitiva, veia ilíaca externa e interna à esquerda (seta em A e B) e pinçamento de extremidade superior da veia ilíaca principais esquerda entre a artéria ilíaca primitiva direita e a ráquis (seta em C). Esta imagem permitiu identificar uma causa anatômica rara para a trombose objetivada, não acessível por ecografia, com implicações na orientação terapêutica e eventual abordagem endovascular. O caso destaca a importância da AngioTC no diagnóstico etiológico da trombose venosa profunda proximal.

IMG 49

AURÍCULA ESQUERDA GIGANTE: A EXPRESSÃO ESTRUTURAL TARDIA DA FEBRE REUMÁTICA

Beatriz Brito Almeida; Rui Carvalho; Gabriela Da Silva; Renata Silva

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Mulher, 72 anos, com história de insuficiência mitral reumática, evoluindo de forma insidiosa para insuficiência cardíaca progressiva. O ecocardiograma demonstrou uma aurícula esquerda com volume aproximado de 2 litros. A TC torácica confirmou a cardiomiopatia dilatada grave, aurícula esquerda aneurismática e dilatação ventricular esquerda - expressão de anos de sobrecarga. Apesar de substituição valvular mitral com prótese mecânica, verificou-se progressão para dilatação das cavidades direitas e hipertensão pulmonar, traduzindo remodelação cardíaca avançada. Embora menos prevalente nos países desenvolvidos, a febre reumática permanece uma entidade de elevado impacto estrutural. Este caso demonstra que o verdadeiro peso da doença reside na cascata remodeladora

que se perpetua no tempo, lembrando que a intervenção tardia pouco interfere no prognóstico.

IMG 50

UMA MANIFESTAÇÃO IMAGIOLÓGICA EXUBERANTE

Rita Carrapa Sarmiento; Denilson Silveira; Diana Montagna; Hélia Mateus; Alexandra Vaz; Edite Nascimento

ULS Viseu Dão Lafões

Mulher de 78 anos. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro constitucional com 6 meses evolução e adenopatias cervicais palpáveis com 2 meses de evolução e aumento progressivo. Ao exame Objetivo com múltiplas adenopatias cervicais, axilares e inguinais bilateralmente. Estudo analítico com anemia e trombocitose, sem outras alterações relevantes. Realizou TC cervical e TAP com identificação de "...múltiplas adenopatias e conglomerados adenopáticos, envolvendo todos os territórios linfáticos, suspeitos de doença linfoproliferativa...". Realizou biopsia excisional de adenopatia inguinal compatível com linfoma linfocítico agressivo. O linfoma linfocítico apesar de não muito comum, pode ter uma evolução rápida para estadios avançados, pelo que é essencial a sua identificação precoce.

IMG 51

UM EXANTEMA TÍPICO

Rita Carrapa Sarmiento; Jessica Oliveira; Denilson Silveira; Catarina Pousa; Hélia Mateus; Edite Nascimento

ULS Viseu Dão Lafões

Mulher de 75 anos, recorre ao Serviço de Urgência por exantema generalizado pruriginoso com 1 semana de evolução e edema dos lábios e pavilhões auriculares. Referencia a início recente de terapêutica com alopurinol. Ao exame Objetivo, febril, exantema maculopapular generalizado, edema dos lábios e pavilhões auriculares. Analiticamente com eosinofilia, lesão renal aguda e aumento dos parâmetros de citólise hepática. Iniciou corticoide sistémico e antihistamínico e suspendeu alopurinol. Apresentou melhoria progressiva do exantema e das alterações analíticas.

A síndrome DRESS, pode ter uma elevada morbimortalidade, devido ao envolvimento multiorgânico. A identificação precoce do exantema típico e do precipitante são essenciais para o tratamento dirigido atempado.

IMG 52

DISSEÇÃO AÓRTICA: QUANDO A TORACALGIA NÃO É ENFARTE

Mariana Ruão; Daniela Diniz; Joana Frutuoso

Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

A disseção aórtica é uma emergência cardiovascular rara potencialmente fatal que exige deteção precoce. A sua apresentação semelhante ao síndrome coronário agudo pode atrasar o diagnóstico.

Apresentamos uma mulher de 78 anos, com hiper-

tensão arterial, que recorreu à urgência por toracalgia retroesternal súbita e intensa, com irradiação mandibular e para o membro superior esquerdo, associada a sudorese e náuseas. À admissão hemodinamicamente estável e eletrocardiograma sem alterações. A persistência de dor intensa apesar de analgesia com morfina motivaram a realização de angiotomografia que revelou disseção extensa desde a crossa da aorta até às ilíacas com hemopericárdio associado. Foi submetida a cirurgia urgente com evolução favorável.

IMG 53

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL LOBAR COM NÍVEIS HEMÁTICO LÍQUIDO: UM ALERTA IMAGIOLÓGICO

Ana Cristina Costa; Beatriz Branco Mendes; António Inácio; Francisca Fonseca; Elsa Fonseca; Jennifer Conceição; Ana Farinha; Ana Branco; Karina Soto

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A hemorragia intracerebral é uma emergência neurológica grave, com elevada mortalidade. A presença de níveis hemático-líquido no interior do hematoma, visíveis na tomografia computadorizada (TC), é um achado pouco frequente, associado a coagulopatia ou hematomas volumosos, e relaciona-se com maior risco de expansão hemorrágica. Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos, internado por suspeita de mieloma múltiplo, que desenvolveu défices neurológicos súbitos; a TC crânio-encefálica revelou hemorragia lobar frontal com níveis hemático-líquido, evoluindo rapidamente para agravamento neurológico e óbito. Este padrão imagiológico alerta para a instabilidade do hematoma e reforça a necessidade de vigilância neurológica apertada, correção imediata de alterações da coagulação e articulação precoce entre Medicina Interna, Neurologia e Imagiologia.

IMG 54

MASSAS ABDOMINAIS INCIDENTAIS NA URGÊNCIA: DUAS FACES DA MESMA APRESENTAÇÃO IMAGIOLÓGICA

Ana Cristina Costa; Carolina Assunção; Leonel Pereira; Andreia Gravata; Letícia Naben; Mónica Côrte-Real; Carolina Robalo; Miguel Rodrigues; António Pessoa; Francisco Morgado; Pedro Freitas; Eugénio Dias; Susana Marques

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A avaliação de massas abdominais na urgência é um desafio frequente, em que padrões imagiológicos semelhantes podem corresponder a patologia benigna ou maligna.

Caso 1 - Mulher de 80 anos, com volumosa massa multiquística abdomino-pélvica e ascite, sugestiva de carcinomatose peritoneal, submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral, confirmando tumor ovárico benigno.

Caso 2 - Mulher de 56 anos, com massa pélvica volu-

mosa, ascite e derrame pleural, com diagnóstico final Carcinoma endometriode de alto grau bilateral dos ovários e carcinoma do endométrio endometriode de baixo grau.

Massas abdominais com apresentação semelhante podem traduzir entidades histológicas distintas, com implicações prognósticas e terapêuticas relevantes, reforçando a importância da confirmação histológica e referenciação célere a centros diferenciados.

IMG 55

ENFISEMA BOLHOSO GIGANTE

Eduardo Santa; Susana Carvalho; Ana Tenreiro; Ângela Neto
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

A TC torácica demonstra enfisema difuso com bolha enfisematosa gigante no pulmão direito (≈ 18 cm), ocupando mais de um terço do hemitórax e determinando efeito de massa significativo, com compressão do parênquima adjacente, desvio mediastínico contralateral e atelectasia do lobo inferior direito, e múltiplas bolhas adicionais. A hiperinsuflação e a compressão sobre o restante tecido funcional explicam a insuficiência respiratória grave e a limitação ventilatória marcada. A ventilação acarreta risco acrescido de rutura das bolhas e barotrauma, devendo, no entanto, ser utilizada sempre que indicada, na pressão mínima eficaz e com monitorização atenta. A bullectomia está indicada apenas para casos selecionados após estabilização clínica.

IMG 56

TÍTULO: DERMATOPATIA E OFTALMOPATIA TIROIDEIAS REFRAATÁRIAS

Beatriz Marques Correia; Ricardo Mendes; Mariana Gaspar; Maria Rebelo; Nathalie Duarte; Jay Bagoandas
ULS S. José

Introdução: As complicações da doença imune tiroideia constituem um desafio terapêutico. Apresentamos um caso de dermatopatia e oftalmopatia tiroideias numa doente com doença de Graves, submetida a tiroidectomia, mas que persistiu com anticorpos anti-tiroideos. Apresentou-se com proptose ocular, hiperemia conjuntival, e queratite ulcerada do olho esquerdo. Associadamente, com edema duro dos membros inferiores, com pápulas violáceas, e aparecimento de queloide em cicatriz prévia. A doente iniciou terapêutica com metilprednisolona, sem resposta clínica, pelo que foi submetida a terapêutica com tocilizumab com resposta parcial. Por recidiva, iniciou rituximab. Um mês após a primeira infusão, a doente reportava melhoria sintomática.

IMG 57

METÁSTASE MUSCULAR – UM CASO RARO DE RECIDIVA TUMORAL

Carolina Teixeira Gonçalves; Carolina Morna; Ingrid Mora; Teresa Faria

Hospital Central do Funchal

As metástases musculares por carcinoma são uma entidade rara, geralmente se manifestando como massas dolorosas e de crescimento rápido, que ocorrem por disseminação hematogénica ou sementeira.

Homem, 37 anos, com antecedentes de carcinoma urotelial de baixo grau (2010), submetido a cirurgia e quimioterapia adjuvante com remissão. *Follow-up* em consulta sem sinais de recidiva. Surgimento de massa dolorosa no hipogastro, estudada com tomografia computadorizada que relevou massa intramuscular sólido-quística do recto abdominal direito (16cm), sem evidência de doença visceral ou adenopatias. Realizada biópsia com diagnóstico de carcinoma pouco diferenciado (p63+, GATA3+) compatível com urotelial. Assumida metástase em provável contexto de sementeira.

IMG 58

EXUBERANTE MASSA MEDIASTÍNICA NUM JOVEM

Carolina Teixeira Gonçalves; Carolina Morna; Ingrid Mora; Teresa Faria

Hospital Central do Funchal

O linfoma B primário do mediastino é uma neoplasia de rara, que ocorre mais frequentemente em jovens adultos. Doente de 18 anos, sexo masculino, com quadro de cansaço para esforços, tosse seca, ortopneia e ingurgitamento jugular com 3 meses de evolução. Sem sintomas B associados ou outras queixas de órgão ou sistema. Ao exame Objetivo, diminuição do murmúrio vesicular à esquerda, sem adenopatias palpáveis. Realizada tomografia computadorizada (TC) torácica que demonstra volumosa massa do mediastino anterior (18.6x10.4x9.7cm) com conteúdo sólido e quístico, envolvendo a veia cava superior. B-HCG e AFP negativas. Biópsia de lesão revelou um linfoma não Hodgking difuso de grandes células B, primário do mediastino (estadio IIXB). Proposto para quimioterapia CHOP com excelente resposta clínica e radioterapia de consolidação.

IMG 59

PANCREAS DIVISUM

Yolanda De Sá Pereira; Alexandra Sousa Farias; Paula Alcântara

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O pancreas divisum é uma alteração anatómica caracterizada pela presença de 2 ductos separados, o ducto dorsal drena por uma papila menor e o ventral pela papila de Vater. Afeta cerca de 5% a 10% da população e na maioria dos doentes é assintomático. Contudo, pode estar na origem de dor abdominal crónica e pancreatite idiopática. Tal como no caso deste doente

de 80 anos com pancreatite aguda recorrente, cujo estudo apenas revelou esta alteração anatômica.

IMG 60

PNEUMONITE INTERSTICIAL INDUZIDA POR AMIODARONA

Eduardo Santa; Susana Carvalho; João Figueira; Ana Tenreiro
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

A TC torácica de alta resolução demonstra opacidades bilaterais em vidro despolido, de predomínio periférico e basal, com pequenos focos consolidativos subpleurais posteriores e discreto derrame pleural bilateral, sem consolidações lobares, cavitação ou adenopatias mediastínicas. Comparativamente a estudo prévio, após antibioterapia empírica, não se observa melhoria imagiológica, havendo mesmo ligeiro agravamento do padrão intersticial difuso. A broncofibroscopia com LBA revelou aumento da celularidade com predomínio de macrófagos e linfócitos, sem isolamento microbiológico ou evidência citológica de neoplasia. Os achados imagiológicos e laboratoriais e resposta favorável a corticoterapia favorece etiologia inflamatória intersticial não infecciosa, compatível com pneumonite de hipersensibilidade/toxicidade pulmonar associada à amiodarona.

IMG 61

TOXICIDADE CUTÂNEA INDUZIDA PELA AMIODARONA

Filipa Guedes; Isabel Viana Novo; Sofia Festa;
Adriana Pereira Almeida; Sara Pereira; Carla Melo
Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Doente do sexo masculino, 68 anos. Sob terapêutica com amiodarona por extrassistolia ventricular frequente refratária a outros tratamentos farmacológicos. Este fármaco pode causar toxicidade cutânea, nomeadamente fotossensibilidade, erupções cutâneas e pigmentação azulada da pele, especialmente em áreas expostas à luz solar. Esta pigmentação é frequentemente associada ao uso crónico do fármaco e tende a melhorar com a descontinuação do mesmo, embora o efeito possa ser persistente em alguns casos. Considero este caso importante para alertar para este efeito lateral e para a importância do seu diagnóstico precoce, de forma a evitar complicações como lesões cutâneas permanentes, reações fototóxicas severas ou síndrome de Stevens-Johnson.

IMG 62

REMODELING REVERSO DO VENTRÍCULO DIREITO APÓS SOTATERCEPT NA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

Maria Eduarda Moniz¹; Sofia Esteves²; Daniel Inácio Cazeiro²; Samuel António³; Tatiana Guimarães²; João R. Inácio²; Fausto J. Pinto²; Rui Plácido²

¹Hospital Dr. Nélcio Mendonça; ²Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ³Hospital Geral de Viana – Bispo Emílio de Carvalho

A hipertensão arterial pulmonar (HAP) caracteriza-se por sobrecarga crónica de pressão e *remodeling* do ventrículo direito (VD). Os ensaios STELLAR e HYPERRION demonstraram que o sotatercept melhora a capacidade funcional e a hemodinâmica pulmonar. Uma análise exploratória *post hoc* do STELLAR sugeriu melhoria ecocardiográfica.

Apresentamos um painel evolutivo de imagens ecocardiográficas de dois doentes com HAP pré e pós sotatercept. Pré sotatercept: dilatação do VD e D-shape. Pós sotatercept: redução das dimensões do VD e restabelecimento de geometria ventricular esquerda próxima do normal.

Estas imagens ilustram um *remodeling* cardíaco reverso significativo após sotatercept, reforçando o seu papel modificador da HAP.

IMG 63

QUANDO O PROCEDIMENTO É SIMPLES, MAS A EVOLUÇÃO NÃO: COMPLICAÇÃO APÓS COLOCAÇÃO DE PACEMAKER

Ana Catarina Pina De Sousa Pereira; Maria Meneses Rebelo; Mafalda Leal; Carolina Paula; Luís Coelho; Sofia Salvo
ULS São José

O enfisema subcutâneo caracteriza-se pela presença de ar no tecido celular subcutâneo, provocando distensão dos tecidos moles e crepitação palpável. Pode envolver extensas áreas como o tórax, pescoço, face e membros, com eventual compromisso de estruturas vitais. A etiologia é variável, podendo surgir no contexto de trauma, iatrogenia, infeção, ou, raramente, de forma espontânea. Apresenta-se o caso de uma mulher de 87 anos, internada por bradiarritmia secundária a bloqueio auriculoventricular Mobitz I sintomático, submetida a implantação de pacemaker. O procedimento foi complicado de pneumotórax esquerdo e enfisema subcutâneo extenso - envolvimento da face, desvio da via aérea, extensão ao tronco e membros superiores, confirmado por TC torácica. Apesar da exuberância clínica, a doente apresentou evolução favorável, tendo tido alta para o domicílio.

IMG 64

NECROSE DIGITAL DISTAL ASSOCIADA A SUPORTE VASOPRESSOR EM CHOQUE SÉPTICO

Mariana Marques; Joana Sá Couto; Maria Muchata; Patrícia Sobrosa; Ana Afonso; José Costa Carvalho; José Miguel Sá; Daniela Alves; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Homem de 80 anos, antecedentes de hipertensão, dislipidemia e cardiopatia isquêmica, admitido no serviço de urgência por febre, vômitos e lipotímia. Diagnosticada pielonefrite, iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam, com posterior isolamento de E.Coli multissensível. Evoluiu desfavoravelmente para choque séptico com disfunção multiorgânica, sendo admitido em Unidade de Cuidados Intensivos. Instituído suporte vasopressor com noradrenalina, necessidade de titulação até dose máxima de 2,2 µg/kg/min, associando-se argipressina por agravamento da instabilidade hemodinâmica. Durante o internamento instalação de lesões isquêmicas dos membros inferiores com necrose dos dedos do pé esquerdo, conforme ilustrado. Assumida isquemia em contexto de uso prolongado de vasopressores em elevada dose em doente com fatores de risco vasculares.

IMG 65

UM CASO DE DISPLASIA FIBRÓTICA POLIÓSTICA EXUBERANTE

Carolina Teixeira Gonçalves; Carolina Morna; Ingrid Mora; Teresa Faria

Hospital Central do Funchal

A displasia fibrótica é uma doença genética, não hereditária, que consiste num processo tumor-like não neoplásico, com defeitos de diferenciação osteoblástica e maturação óssea e substituição óssea por estroma fibroso. A forma polióstica é menos prevalente (15%). Homem de 40 anos, com antecedentes de Síndrome de McCune-Albright diagnosticado em idade jovem por apresentação de puberdade precoce, manchas café-au-lait e hipertireoidismo. Cumprimento irregular de terapêutica, nomeadamente bifosfonatos, com incapacidade funcional associada. Apresenta-se este caso pela evolução severa da displasia fibrótica e deformidade de esqueleto, nomeadamente da calote craniana.

IMG 66

COMPLICAÇÕES DE PNEUMONIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: IMAGENS DE PNEUMONIA NECROTIZANTE

Rita Pinto Fernandes; Adriana Homem Da Costa; João De Brito; Inês Fonseca Marques; Inês Pintassilgo

Hospital Garcia de Orta, EPE

Apresenta-se o caso de uma mulher de 64 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e astenia, com radiografia torácica inicial sem alterações (figura 1), diagnosticada com infeção viral. Quatro dias de-

pois, por agravamento clínico, repetiu estudo imagiológico, evidenciando condensação de novo à esquerda, retrocardíaca (figura 2). A tomografia computadorizada foi compatível com pneumonia necrotizante com abscesso pulmonar (figura 3). As hemoculturas revelaram *Streptococcus pneumoniae* e a doente evoluiu favoravelmente sob antibioterapia. Destaca-se a evolução rápida do achado radiológico e a sua localização de difícil visualização, o que reforça o papel da imagem na deteção precoce de complicações supurativas.

IMG 67

A DIMENSÃO DA SOMBRA

André Seabra Nunes; Gama, Madalena Ortigão; Catorze, Inês Amaro; Lopes, Adriana Faria; Cunha, Sofia Ferreira; Eusébio, Sofia Picão; Rodrigues, Afonso; Serrano, Teresa Garcia

Hospital de Santa Marta

Na investigação etiológica de Tromboembolismo Pulmonar em doente de 60 anos do sexo, a imagem tomodensitométrica encontrada com 24 cm de maior diâmetro tratou-se de um desafio diagnóstico com uma sombra ominosa a elevar-se, comparável às dimensões do achado. A presença de história familiar de neoplasia, associada ao evento vascular e com indefinição na interpretação da imagem, inclusive em ressonância, manteve a expectativa de malignidade até ao resultado de biópsia realizada, revelando-se achados compatíveis com Leiomioma, encontrando-se a aguardar excisão cirúrgica.

IMG 68

SÍNDROME DA UNHA VERDE

Marta Silva Serra¹; Tatiana Rodrigues²

¹IPO Coimbra; ²ULS Região de Aveiro

A síndrome da unha verde, também designada síndrome de Goldman-Fox ou cloroníquia, resulta da colonização por *Pseudomonas aeruginosa*, geralmente após trauma ungueal ou exposição prolongada a ambientes húmidos. Mulher de 43 anos, assistente hospitalar, sem antecedentes de relevo, apresentou coloração esverdeada do leito ungueal do 4.º dedo da mão após aplicação de verniz de gel. Com a remoção do produto e tratamento com ciprofloxacina oral durante duas semanas, Objetivou-se resolução gradual da alteração cromática. Este caso realça a importância da vigilância de alterações ungueais em profissionais de saúde, grupo particularmente exposto a ambientes que favorecem a colonização bacteriana, reforçando práticas de higiene adequada das mãos e precaução com procedimentos estéticos.

IMG 69

DE CONSOLIDAÇÃO A CAVITAÇÃO: PNEUMONIA NECROTIZANTE PNEUMOCÓCICA

Ana Margarida Morgado; Marques Cardoso; Habib Alagbo; Joana Lopo; Sara Aleixo; Ignacio Moreno

ULS Algarve- Faro

Introdução: Homem de 56 anos, fumador (60 UMA), admitido com o diagnóstico de choque séptico por pneumonia bilateral por *Streptococcus pneumoniae* a condicionar insuficiência respiratória global, com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Iniciou antibioterapia sem melhoria significativa. A tomografia computadorizada (TC) torácica ao 10º dia revelou extensas áreas de consolidação heterogênea com múltiplas cavitações e níveis hidroaéreos, associadas a derrame pleural, compatíveis com pneumonia necrotizante cavitada (Fig. 1-2). Apesar da terapêutica instituída, o doente teve uma evolução clínica desfavorável. A pneumonia necrotizante representa uma forma rara mas destrutiva de infeção pulmonar e deve ser suspeitada perante agravamento clínico ou resposta terapêutica inadequada.

IMG 70

ABCESSO HEPÁTICO VOLUMOSO POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS

Ana Isabel Oliveira Ribeiro; Adriano Neto; Joana Moniz; Lueji Gumbé; Sara Mexia; Tiago Seco; Odete Gomes

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem, 73 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata, apresenta astenia, anorexia, náusea, vômitos e icterícia. Ao exame: hipotensão, icterícia, dor abdominal difusa, maior no hipocôndrio direito. TAC evidenciou lesão hipodensa lobulada com septações no lobo direito hepático (15 x 7,4 cm), sugestiva de abscesso. Evoluiu para choque séptico, submetido a drenagem guiada por TC. Cultura revelou *Streptococcus constellatus* multissensível. Pesquisa parasitária negativa. Evoluiu favoravelmente com terapêutica instituída. Caso destaca importância da imagem na identificação e drenagem precoce de abscessos hepáticos volumosos.

IMG 71

PNEUMONIA NECROTIZANTE POR MSSA: EVOLUÇÃO CLÍNICA E IMAGIOLÓGICA

Ana Isabel Oliveira Ribeiro; Adriano Neto; Joana Moniz; Lueji Gumbé; Sara Mexia; Tiago Seco; Odete Gomes

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem de 50 anos, previamente saudável, admitido com febre, dispneia e tosse produtiva de 3 dias. À admissão apresentava hipotensão, taquipneia e hipoxémia, com crepitações e roncos bilaterais à auscultação. Radiografia e TC torácica evidenciaram consolidações bilaterais extensas. Culturas de aspirado traqueobrônquico e hemoculturas isolaram *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (MSSA). Apesar de antibioterapia

dirigida, evoluiu com agravamento. TC de reavaliação revelou necrose pulmonar, pequenos abscessos e múltiplas lesões quísticas dispersas. Este caso ilustra a gravidade e a evolução rápida da pneumonia necrotizante por MSSA, salientando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento.

IMG 72

AS DIFERENTES CARAS DA TUBERCULOSE

Manuel Calapez Xavier

Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Apresenta-se telerradiografia e tomografia computadorizada de Tórax de uma senhora de 81 com perda ponderal de 17kg em 2 meses, acompanhada de tosse seca arrastada, sensação febril vespertina e degradação do estado geral com maior dependência física (30/100 na escala de Barthel).

Os exames mostram um padrão micronodular miliar difuso, disperso bilateralmente e com atingimento de todos os lobos pulmonares, suspeito de tuberculose miliar. Foi posteriormente realizada Broncofibroscopia com colheita de lavado bronco-alveolar, sendo este positivo para TAAN de *Mycobacterium tuberculosis* e confirmando o diagnóstico.

Apesar do início de terapêutica antibacilar HRZE, a doente faleceu ao 14º dia de internamento.

IMG 73

UMA NOVA DOR, UMA NOVA METÁSTASE

Joana Melo; Ana Pedro Pereira; Alexandre Castro Lopes; Rita Figueira; Maria Morais; Gorete Jesus; Carla Matias

ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

O carcinoma renal de células claras (CRCC) apresenta um comportamento agressivo, com tendência a metastização precoce. Os principais locais de metastização são pulmonar, ganglionar, óssea, hepática, suprarrenal e cerebral.

Homem, 62 anos, autónomo, com CRCC com metastização pulmonar, hepática, jejunal e suprarrenal bilateral a aguardar decisão terapêutica, recorre à urgência por omalgia direita não controlada e incapacitante. Medicado com fentanilo 25 mcg transdérmico e tramadol 100mg SOS. Ao exame Objetivo, emagrecido. Analiticamente, anemia e elevação dos parâmetros inflamatórios. Rx ombro direito a revelar lesão lítica na cabeça e metáfise proximal do úmero direito, condicionando destruição da cortical óssea. Iniciou gabaérgico, corticoide e opióide sublingual em SOS. Teve alta com indicação para uso de suspensão braquial, apresentando dor controlada.

IMG 74

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE UM FLARE DA DOENÇA DE STILL

Carolina R. Oliveira; João Mota; Laura Oliveira Cainé; Daniel Rodrigues; Alexandra Leitão; Paula Felgueiras
ULS Barcelos/Esposende

Introdução: Mulher, 62 anos, com Doença de Still do adulto medicada com metotrexato, recorreu ao Serviço de Urgência por exantema intermitente, febre e artralgias. Analiticamente apresentava leucocitose, PCR e ferritina elevadas, sem evidência de infeção. Objetivou-se exantema maculopapular cor de salmão, evanescente, afetando face, tronco e membros, desaparecendo à digitopressão. Após exclusão de outras etiologias, diagnosticou-se reativação da doença de Still. Iniciou metilprednisolona endovenosa, prednisolona oral e tocilizumab, com resolução progressiva. O exantema evanescente cor de salmão é uma manifestação típica da Doença de Still, ocorrendo em 80-90% dos doentes, tipicamente coincidente com picos febris. Esta imagem ilustra o exantema característico, reforçando a importância do reconhecimento clínico para o diagnóstico.

IMG 75

PURPLE URINE NOT “PURPLE RAIN”: UM CASO DE PURPLE URINE BAG SYNDROME

Inês Domingues; Cláudia Nunes; Patrícia Santos; Vanda Spencer
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Breve descrição do caso: Homem, 84 anos, dependente e institucionalizado, algaliado crónico. Recorreu ao SU por prostração. À observação, apirético com desconforto hipogástrico e piúria com urina roxa no saco coletor. Analiticamente com lesão renal aguda, aumento de parâmetros inflamatórios e leucocitúria. Urocultura, após re-algaliação, com amostra polimicrobiana.

Enquadramento teórico: A “Purple Urine Bag Syndrome” é uma condição rara resultante da metabolização bacteriana do triptofano em pigmentos (índigo e indirubina) que conferem coloração roxa à urina no saco coletor. Associa-se a infeção urinária, algaliação prolongada, obstipação e urina alcalina. Apesar de geralmente benigna indica colonização bacteriana e potencial infeção, sendo importante o seu reconhecimento.

IMG 76

ENFISEMA PULMONAR COM DISTROFIA BOLHOSA

Gabriela Alves Rodrigues; João Pedro F. Marques; Ana Alves Cardoso; António Martins Baptista; Inês Parreira
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Homem, 59 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD 4E, ex-fumador (43UMA), admitido por dispneia, febre e sintomas gripais. À observação, polipneico, SpO₂ 92% sob O₂ a 1L/min, com MV diminuído, sem broncoespasmo. Gasimetria com insuficiência

respiratória tipo 2. Laboratorialmente com PCR de 7,38 mg/dL e positivo para Influenza A. Radiografia de tórax com aparente lesão cavitada septada no lobo superior direito. A TC torácica revelou exuberantes alterações enfisematosas bilaterais. Internado para otimização terapêutica, com evolução favorável e alta com reorientação à Pneumologia. O enfisema pulmonar corresponde a uma distorção arquitetural progressiva do parênquima pulmonar sendo o tabagismo o principal fator etiológico.

IMG 77

QUANDO A CAUSA NÃO É INFEÇÃO... MAS PROGRESSÃO DE DOENÇA

Nádia Marcos; António Martins Baptista; Teresa Passos Da Fonseca; Ana Júlia Pedro; Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem autónomo, 70 anos, com carcinoma urotelial estadio IV (metástases hepáticas). Internado a 21.12 por sépsis por *Staphylococcus aureus* (MSSA), com ponto de partida em metástase infetada do ílio-psoas esquerdo. Foi submetido a drenagem eco-guiada. Em ecocardiograma não se registaram vegetações. Apesar da terapêutica otimizada, em 2 semanas apresentou agravamento com disfunção múltipla de órgão, nomeadamente hepática (elevação de INR, bilirrubina e transaminases). Colocada a hipótese de abscessos hepáticos versus progressão da doença. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica de 05.01 confirmou a progressão explosiva da neoplasia (diagnosticada por imagem).?O caso é ilustrativo de como as neoplasias em estadio terminal podem progredir de forma fulminante e confundir o clínico. Neste caso, suspendeu-se a terapêutica fútil e o óbito ocorreu após 2 dias.

IMG 78

HERNIA INGUINOESCROTAL VOLUMOSA – UMA CAUSA INVULGAR DE ÍLEUS

Nádia Marcos; António Martins Baptista; Teresa Passos da Fonseca; Ana Júlia Pedro; Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem de 82 anos, totalmente dependente, que deu entrada nas urgências por sépsis. Ao exame Objetivo, destacava-se hérnia inguinoescrotal volumosa irreduzível. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica para esclarecimento do quadro, destacando-se hérnia com perda de domicílio, não encarcerada, mas com invulgar volume ileal no escroto direito, com conteúdo de fecalomas, a condicionar íleus a montante e pneumatose intestinal. Dado o performance status, foi assumido não ter indicação para correção cirúrgica. Demonstra-se como o aumento da idade e das comorbilidades dos doentes podem fazer com estes sejam abordados pela Medicina Interna – em contexto de Cuidados

Paliativos – ainda que o problema inicial seja cirúrgico.

IMG 79

ERDHEIM-CHESTER – IMAGENS DE UMA DOENÇA RARA

Nádia Marcos; António Martins Baptista;
Teresa Passos da Fonseca; Ana Júlia Pedro;
Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem, de 77 anos, realizou avaliação imagiológica por infeção urinária alta. Destacam-se os achados de “rins com infiltração perirrenal e pararrenal bilateral irregular, por tecido com densidade de partes moles (*hairy kidney sign*)” e “aorta com densificação tecidos moles (*coated aorta*)”. Estes são característicos da Doença de Erdheim-Chester, doença rara (menos de 1.500 casos reportados), uma forma de histiocitose – deposição multissistémica de histiócitos não-Langerhans, com infiltração xantogranulomatosa rodeada de fibrose. Existe envolvimento musculoesquelético (95%), cardiovascular (50-80%), pulmonar (50%), retroperitoneal (50%) e neurológico (40%), mas muitos casos podem ser assintomáticos e ser diagnosticados apenas por imagem.

IMG 80

SEQUELAS DE ESCLEROSE SISTÉMICA

Inês Duro; Carolina Silva Câmara; Carolina Marcos Queijo;
Isabel Fonseca Silva; Ivone Melo Valadão; António Marinho
Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António

Os atingimentos vascular e cutâneo são características pivotais da Esclerose Sistémica (SSc), desempenhando um papel significativo na sua morbimortalidade. Mulher de 24 anos, autónoma, com SSc difusa anti-ScL70 e U1RNP positiva com 3 anos de diagnóstico e envolvimento multissistémico, nomeadamente, articular, pulmonar, gastrointestinal, e, em destaque, cutâneo e vascular exuberante. Observa-se esclerodactilia marcada e sequelas de úlceras digitais recorrentes com impacto físico, funcional e emocional significativos. Perante a gravidade do quadro e refractoriedade à terapêutica médica convencional otimizada, foi proposta para transplante medular ósseo.

IMG 81

O PREÇO DE UMA ESCOLHA: OS RISCOS DOS DOACS NA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICA

Inês Duro; Beatriz Luís Lopes; Carolina Marcos Queijo;
Maria Guilherme Muchata; Ana Campar; António Marinho
Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António

O papel dos anticoagulantes orais diretos (DOACs) na síndrome antifosfolípida (SAF) permanece controverso. Apesar de alguns estudos sugerirem eficácia semelhante e maior segurança em casos de baixo risco, recomenda-se precaução.

Homem de 74 anos, com antecedentes de SAF primário e história de múltiplos enfartes lacunares, retoma seguimento após 2 anos de ausência. De novo, múltiplas lesões digitais bilaterais ulceradas e necróticas, cianose e extremidades frias desde há 1 mês. Revisão terapêutica a destacar *switch* de acenocumarol para edoxabano após episódio de hemorragia digestiva alta. Suspenso DOAC e iniciada enoxaparina em dose terapêutica. Reavaliação em 3 semanas a demonstrar resolução quase completa de todas as lesões, tendo retomado dicumarínico.

IMG 82

QUANDO O TAMANHO IMPORTA: UM CASO DE ATAXIA PROGRESSIVA DA MARCHA

Inês Duro; Laís Rosa; Carlota Carvalho da Silva;
Ana Rubim Correia; António Pedro Gonçalves
Unidade Local de Saúde de Santo António

Perante queixas neurológicas de novo, mesmo de evolução não aguda, impõem-se avaliação rigorosa; estima-se que 2–14% dos quadros subagudos ocultem patologia estrutural relevante.

Homem de 87 anos, com história pessoal e familiar de tumores em idade jovem, apresentou incapacidade progressiva da marcha e vertigens com semanas de evolução. Objetivamente, com dismetria e disdiadocinesia esquerdas. Estudo imagiológico revelou volumosa (58x46x38mm) lesão da fossa posterior esquerda, compatível com meningioma, a condicionar efeito de massa. Submetido a exérese cirúrgica com recuperação gradual da marcha; histologia confirmou meningioma atípico, WHO grau 2. Doente recusou estudo genético. Embora geralmente benignos e indolentes, os meningiomas podem atingir dimensões com impacto clínico e funcional significativos.

IMG 83

TOFO A TOFO: AS SEQUELAS DE UMA GOTA TOFÁCEA POLIARTRICULAR REFRACTÁRIA

Inês Duro; Beatriz Luís Lopes; Fátima Cereja;
Carolina Marcos Queijo; Maria Guilherme Muchata;
António Marinho

Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António

Homem de 58 anos, antecedentes de crises gotosas desde a 3.^a década com evolução para gota poliarticular tofácea grave, com atingimento e destruição articular difusa das mãos, pés e cotovelos a condicionar incapacidade funcional significativa. Deposição de cristais de urato confirmada por biópsia; resposta insuficiente a colquicina, anti-inflamatórios não esteróides, corticóides e hipouricemiantes. Atualmente, mantém terapêutica hipouricemiante, corticoterapia em baixa dose e anakinra, com controlo clínico parcial. Imagens a ilustrar a extensão das deformidades e dos tofos volumosos. Destaca-se uma apresentação rara

de uma doença comum, sublinhando-se os desafios terapêuticos da patologia refratária.

IMG 84

A MARCA DA TUBERCULOSE

Carolina Anjo; Jéssica Oliveira; Filipa Viegas

CHTV - Hospital São Teotónio EPE - Viseu

Apresentamos o caso de um homem de 25 anos, natural da Nigéria, sem antecedentes conhecidos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica com uma semana de evolução. A radiografia de tórax evidenciou imagem hipertransparente arredondada no lobo superior direito. A TC torácica revelou cavidade residual apical direita (93x52x83 mm), bronquiectasias de tração e adenopatias mediastínicas calcificadas. Foi submetido a ressecção parcial por cirurgia toracoscópica videoassistida. Do estudo efetuado, IGRA positivo, com exclusão de doença ativa. O caso destaca a importância do reconhecimento das sequelas radiológicas da tuberculose e da exclusão de atividade de modo a evitar complicações a longo prazo.

IMG 85

PNEUMONIA POR CANDIDA ALBICANS COM FUNGÉMIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carolina Anjo; Jéssica Oliveira; Hugo Ventura; Jéssica Vasconcelos

CHTV - Hospital São Teotónio EPE - Viseu

Homem, 71 anos, com DPOC tabágica e carcinoma da orofaringe em remissão, com tosse produtiva com uma semana de evolução. Admitida pneumonia adquirida na comunidade complicada de sépsis com disfunção neurológica, respiratória e renal. Iniciou ceftriaxone e azitromicina, e necessitou de ventilação não invasiva e TSFR. Por ausência de resposta à antibioterapia de largo espectro, realizou TC torácica com padrão em árvore em gemação, vidro despolido e consolidações alveolares. Terapêutica substituída por meropenem, vancomicina e caspofungina. Isolada *Candida albicans* em urocultura e documentada fungémia pelo mesmo agente. Manteve evolução desfavorável, com morte. A pneumonia por *Candida albicans* é entidade rara, associada a elevada mortalidade, devendo ser sempre suspeitada em doentes imunodeprimidos

IMG 86

DERMATOSE BOLHOSA IGA LINEAR: UM CASO ILUSTRADO

Sofia Figueiró; Yvhen Vinnichenko; Carolina Martins; Cátia Pereira; Telma Alves; Patrícia Dias

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Homem de 39 anos recorre à urgência por lesão pruriginosa com 10 dias, sem melhoria com desloratidina, flucloxacilina e corticóide tópico. Apresentava dermatose bolhosa na região nadequeira e axilar, com bolhas em colarete e erosão central. Referia gastronterite 3 dias

antes do início das lesões e negava novos fármacos. As serologias, a autoimunidade e TC TAP não apresentavam alterações. Biópsia cutânea: dermatose bolhosa subepidérmica com infiltrado rico em eosinófilos e poucos neutrófilos. Imunofluorescência considerada falso-negativo por descolamento subepidérmico extenso. Face à clínica, diagnosticou-se dermatose bolhosa IgA linear. Iniciou dapsona e metilprednisolona sistémica, com melhoria.

IMG 87

METÁSTASE CARDÍACA – ATÉ ONDE VAI O ADENOCARCINOMA PULMONAR?

Bárbara Barreto Laczkovits; Cecília Moreira; Mariana Lobo; Ricardo Jorge Sousa; Daniel Seabra; Joana Moraes

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

As metástases cardíacas têm uma incidência de 10%, decorrendo de invasão direta ou disseminação hematogénea de tumores sólidos ou hematológicos. Homem de 45 anos com adenocarcinoma do pulmão estadio IV, admitido por derrame pleural e pericárdico com tamponamento cardíaco. Ecocardiograma transtorácico a revelar massa vascularizada no ápex do ventrículo esquerdo sugestiva de metástase. Realizada pericardiocentese e iniciada imunoterapia, mas evolução desfavorável por progressão da doença. As metástases cardíacas devem ser consideradas sempre que um doente com neoplasia surja com derrame pericárdico, sendo raramente a primeira manifestação da neoplasia. O tratamento é o do tumor primário.

IMG 88

NEUROCISTICERCOSE COM LESÃO ÚNICA: ACHADO IMAGIOLÓGICO CARACTERÍSTICO

Jessica Miranda Oliveira; Maria Marques; Luísa Marques; Ana Rita Tomás; Mariana Costa; Rita Vilar

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

A neurocisticercose (NC) é uma infeção do sistema nervoso central causada pelas larvas da ténia *Taenia solium*, adquirida pela ingestão de ovos do parasita. As larvas formam quistos cerebrais e constituem uma causa frequente de convulsões em regiões endémicas. Apresenta-se o caso de um homem de 32 anos, natural de Angola, observado por crise convulsiva inaugural. A tomografia computadorizada evidenciou quisto intraparenquimatoso único, posteriormente caracterizado por ressonância magnética, que demonstrou nódulo excêntrico compatível com escólex, achado típico de NC. Iniciou terapêutica com albendazol, com resolução imagiológica, sem sequelas neurológicas ou novos episódios convulsivos. Apesar de rara em países não endémicos, a NC deve ser considerada em doentes de áreas endémicas para garantir tratamento adequado e bom prognóstico.

IMG 89

DA TROMBOSE DO TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO À ISQUEMIA MULTITERRITORIAL

Joana Bessa Araújo; Paula Castelo Branco; Rui Alves;
Jorge Almeida; Joana Alves Pereira
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Mulher de 89 anos com fibrilhação auricular (FA). Suspensão de hipocoagulação (edoxabano 60 mg) por hemorragia digestiva grave 15 dias antes da ida ao Serviço de Urgência (SU) por dor, palidez e hipotermia do membro superior direito com 5 horas de evolução - isquemia aguda de provável etiologia cardioembólica. ECG em FA com frequência cardíaca 69/min. AngioTAC revela trombo desde o tronco braquiocefálico até à artéria braquial direita, envolvendo o início da artéria carótida comum. Pelo risco-benefício de intervenção, optou-se por hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular. Inicialmente sem défices neurológicos, mas agravamento nas primeiras 24 horas de internamento (NIHSS 27). AngioTAC revela embolização carotídea bilateral, sem hemorragia. A suspensão de hipocoagulação em FA com hemorragia expõe esses doentes a elevado risco isquémico.

IMG 90

FENÓMENO DE VACUUM DISCAL PÓS-TRAUMA

Mafalda Petrucci Presunto¹; Tiago Ferreira²; Marcela Ferro¹; Sara Camões¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²IPO Porto

Doente de 73 anos com Artrite Reumatóide sob metotrexato e corticoterapia crónica, antecedentes de Osteoporose e Doença Arterial Periférica grave com múltiplas amputações digitais transmetatársicas bilaterais. História de quedas frequentes. Após um destes episódios, por dor lombar mecânica, realizada tomografia da coluna lombar que evidenciou fenómeno de *vacuum* intradiscal, traduzindo presença de gás no espaço discal, habitualmente associado a degenerescência do disco, podendo ser exacerbado por instabilidade pós-traumática. O contexto clínico, idade avançada, doença sistémica e terapêutica imunossupressora contribuem para a fragilidade osteodiscal e maior risco de complicações associadas.

IMG 91

SINAL DE CHILADITI, UM ACHADO QUE ALTERA A ABORDAGEM

Natália Pires¹; António Moreira Monteiro²; Ana Patrícia Freitas¹; Carla Maravilha¹; Tomás Bragança Ribau²; Mário Bibi¹

¹Hospital Pedro Hispano; ²IPO Porto

Homem de 73 anos em estudo por neoplasia metastizada (renal, hepática, cólica e óssea) de primário oculto. A biópsia óssea revelou amostra insuficiente para estudo histológico. A biópsia hepática percutânea foi

considerada, mas inviabilizada pela interposição cólica entre o fígado e o diafragma, compatível com sinal de Chilaiditi, pelo risco acrescido de perfuração intestinal. O sinal de Chilaiditi corresponde a achado imagiológico incidental caracterizado por interposição colónica subdiafragmática. Quando associado a sintomas, como dor abdominal ou oclusão, denomina-se síndrome de Chilaiditi. Este caso realça a importância do reconhecimento desta variante anatómica, particularmente no planeamento de procedimentos invasivos.

IMG 92

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE INFEÇÕES DE PACEMAKER E ELETROCATETERES

António Cardoso Fernandes; Maria Guilherme Muchata; Mariana Marques; Joana Urbano; Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Sexo feminino, 77 anos. Portadora de pacemaker (PM) por BAV completo desde 2022. Recorreu ao serviço de urgência por úlcera com exposição do pacemaker (Imagem 1), associada a drenagem purulenta. Iniciada antibioterapia com Vancomicina, Ceftriaxone e Rifampicina. Isolamento de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina no pus da lesão, tendo suspenso Ceftriaxone e mantido restante terapêutica. Extraído PM e implantado dispositivo intracardíaco. Isolamento de *Candida albicans* e *Pseudomonas aeruginosa* nas culturas microbiológicas das sondas do PM, resistentes à antibioterapia em curso. Iniciado Ceftolozano/Tazobactam e Micafungina que manteve, juntamente com a restante antibioterapia em curso, durante 6 semanas a contar desde a remoção de PM. Evolução clínica favorável, com apirexia mantida, tendo sido alta orientada para consulta de Cardiologia.

IMG 93

BEAVER TAIL LIVER SIGN

Camila Torres; João Francisco Abrantes; Hugo Cecílio; Maria Inês Figueiredo; Lígia Peixoto

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem de 36 anos, por quadro consumptivo com sintomatologia tipo B com 3 meses de evolução, realizou avaliação radiológica torácica com massa mediastínica posteriormente diagnosticada como Linfoma de Hodgkin clássico. No estudo radiológico foi identificado incidentalmente o sinal da “cauda de castor”, variante anatómica rara caracterizada pelo prolongamento do lobo hepático esquerdo até ao quadrante abdominal superior esquerdo, envolvendo o baço. Apesar de corresponder a parênquima hepático normal, pode simular hematoma subcapsular ou lesão esplénica em contexto de trauma. O seu reconhecimento é fundamental para evitar erros diagnósticos em exames como o *Focused Assessment with Sonography for Trauma* e na tomografia computadorizada.

IMG 94

QUANDO A SUSPEITA CLÍNICA FAZ A DIFERENÇA: LINFOMA DE HODGKIN

Camila Torres; João Francisco Abrantes; Hugo Cecílio; Maria Inês Figueiredo; Lúcia Peixoto

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Homem de 36 anos, previamente saudável, com dor torácica anterior, inicialmente atribuída a causa músculo-esquelética. A radiografia evidenciou alargamento mediastínico e a TC revelou massa quístico-necrótica do mediastino anterior, com adenopatias e lesões líticas esternas. Evoluiu com sintomas B e aumento progressivo da massa esternal com fistulização cutânea. A PET-CT mostrou hipermetabolismo da lesão. A biópsia pulmonar guiada por TC confirmou linfoma de Hodgkin clássico. O caso realça a importância da suspeita clínica e correlação imagiológica nas massas mediastínicas do adulto jovem.

IMG 95

DA PREVENÇÃO À COMPLICAÇÃO: OSTEONECROSE MANDIBULAR INDUZIDA POR BIFOSFONATOS

Ana Catarina Ribeiro Amaral; Daniela Da Graça Cruz; Rute Painçal; Jorge Vaz Lourenço

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Mulher, 91 anos, antecedentes de osteoporose, medicada com ácido alendronico, suspenso há mais de 5 anos. Internada por pneumonia de aspiração, em cuja avaliação se identificaram trajetos fistulosos orocutâneos com drenagem purulenta na região mentoniana. Ortopantomografia mostrou alterações sugestivas de osteonecrose mandibular, confirmadas clinicamente por Estomatologia. Não houve possibilidade de realizar exames de imagens adicionais dado agravamento clínico da doente. O risco desta complicação é cumulativo e dose-dependente, podendo manifestar-se meses a anos após suspensão do fármaco dado longa semivida óssea. Salienta-se a raridade do diagnóstico (0,01% a 0,001%) e destaca-se a higiene oral adequada como principal medida preventiva.

IMG 96

HEMITÓRAX SILENCIADO: FACE RADIOLÓGICA DE NEOPLASIA PULMONAR AVANÇADA

Ana Catarina Ribeiro Amaral; Daniela Capela Pereira; Renata Maçano; Daniela Da Graça Cruz; Jorge Vaz Lourenço

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Homem, 69 anos, fumador ativo, sem seguimento médico regular. Observado várias vezes na urgência por omalgia esquerda isolada e recorrente, interpretada como etiologia músculo-esquelética, cujo exame Objetivo na sua última observação urgente detetou assimetria auscultatória pulmonar. Realizou radiografia torácica que revelou volumosa massa no hemitórax esquerdo, a condicionar desvio mediastínico, sugestiva de neoplasia pulmonar primária avançada. Doente veio a falecer

12 dias depois, sem diagnóstico definitivo. Esta imagem destaca o caráter insidioso e atípico da apresentação clínica das neoplasias do pulmão, reforçando a importância da avaliação semiológica sistemática, sobretudo em casos de sintomatologia equívoca e persistente.

IMG 97

PIODERMA GANGRENOSO, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Catarina Ribeiro Amaral; Ana Rita Antunes; Margarida Brandão De Menezes; Jorge Vaz Lourenço; Jorge Bernardo Reis

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Homem, 58 anos, antecedentes de pioderma gangrenoso na face medial da perna direita. Recorre à urgência por úlcera dolorosa e rapidamente progressiva após picada de inseto, de contornos irregulares, bordos eritemato-violáceos, áreas necrótico-fibrinosas e exsudado purulento, suspeitando-se de recidiva desencadeada pela agressão local. Biópsia revelou úlcera inespecífica e estudo microbiológico foi negativo. Iniciou corticoide oral com melhoria significativa da lesão. Mantém seguimento em consulta para estudo de etiologia subjacente. O diagnóstico de pioderma gangrenoso é uma hipótese de exclusão, desafiante em parte pela ausência de padrão histológico patognomónico, com menos de 10% dos casos com infiltrado neutrofílico sugestivo.

IMG 98

O QUE ESCONDE A HEMATÚRIA?

Bárbara Lemos; Joana Pereira Moniz; Mariana Gaspar Pedrosa; Cláudia Antunes; Renato Saraiva
ULS - Região de Leiria

A obstrução do trato urinário pode ser aguda ou crónica, uni ou bilateral e, em casos graves, levar à lesão renal e suas complicações. São várias as potenciais etiologias, nomeadamente, neoplasia.

Homem, 73 anos, com antecedentes de doença renal crónica e hipertrofia benigna da próstata, algaliado 3 meses antes por dificuldade na micção. Foi observado no Serviço de Urgência por hematúria, apresentando uma agudização grave da doença renal: creatinina 20,7mg/dL, acidemia metabólica (pH 7,13, HCO₃ 3,7) e hipercalemia.

Foi realizada TC que mostrou uretero-hidronefrose bilateral (bacinete direito com 61mm e esquerdo 83mm) e espessamento das paredes vesicais. Articulou-se com a Urologia com colocação de nefrostomias e dada alta orientado para cistoscopia.

Regressou após 2 meses por redução do débito urinário, diagnosticando-se uma neoplasia vesical localmente avançada.

IMG 99

QUANDO A INFEÇÃO ENCONTRA SAÍDA: UMA COLEÇÃO PRÉ-VESICAL FISTULIZADA COMPLICADA POR CANDIDA GLABRATA

João Pedro F. Marques; Gabriela Alves Rodrigues;
Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Mulher de 73 anos, internada por sépsis com origem em cistite complicada por coleção pré-vesical com 3 trajetos fistulosos para a bexiga. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam, escalado posteriormente para meropenem e tigeciclina por agravamento clínico. Submetida a drenagem da coleção por via percutânea, com saída de conteúdo purulento e com isolamento de *Candida glabrata*, pelo que iniciou anidulafungina. Necessitou de quatro revisões do dreno. Os autores mostram uma imagem de TC de uma coleção fistulosa vesical, ilustrando a complexidade no controlo de foco infeccioso urológico grave e a importância de abordagem multidisciplinar.

IMG 100

DO ABDÓMEN AO TÓRAX: OCLUSÃO MECÂNICA POR HÉRNIA ESOFÁGICO TIPO IV

João Pedro F. Marques; Gabriela Alves Rodrigues;
Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Mulher, 78 anos, internada por hérnia do hiato esofágico tipo IV, a condicionar oclusão intestinal mecânica. Apresentação com 4 episódios de vômito alimentar, associados a paragem de emissão de gases e fezes com 2 dias de evolução. Após discussão multidisciplinar, considerou-se não existirem condições para abordagem cirúrgica. Instituída descompressão com sonda nasogástrica, com esvaziamento gástrico e progressão gradual da dieta, mantendo trânsito à data da alta. Os autores apresentam uma imagem de TC de uma hérnia esofágica volumosa responsável por quadro obstrutivo importante, ilustrando uma causa rara e desafiante de oclusão em Medicina Interna.

IMG 101

EDEMA DE REINKE COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Ana Sofia Rodrigues
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Mulher de 60 anos, autónoma, fumadora e DPOC. Recorreu ao SU por agravamento de dispneia, estridor e dificuldade em completar frases. Apresentava IR tipo 2 sem acidemia, radiografia de tórax sem alterações relevantes e painel vírico negativo. A TC torácica mostrou obstrução severa da via aérea. Iniciou ventilação não invasiva, com melhoria parcial. Observação por ORL revelou volumoso Edema de Reinke com obstrução crítica da via aérea superior. Realizou cirurgia urgente, com intubação por fibroscopia. Cumpriu 24h de VMI,

sendo extubada sem intercorrências. Teve evolução favorável, sob corticoterapia, com desmame progressivo de oxigénio. Este caso evidencia o edema de Reinke como causa rara, mas potencialmente fatal, de IR aguda. A coexistência de DPOC pode atrasar o diagnóstico, tornando a imagem endoscópica determinante para abordagem atempada e multidisciplinar.

IMG 102

MIXOMA NA AURÍCULA DIREITA DE GRANDES DIMENSÕES COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DIREITA

Henrique Tavares Bastos; Beatriz Tallon; Filipa Malheiro;
Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Homem, 65 anos, sem antecedentes de relevo foi internado por cansaço, dispneia, ascite e edema dos membros inferiores. A angiotomografia Computadorizada cardíaca revelou massa pediculada, inserida na face inferior da aurícula direita, proximal ao sulco aurículo-ventricular e inserção da veia cava inferior, tendo a massa 54 x 47 mm de maiores dimensões e o pedículo cerca de 27 mm de comprimento. Durante o ciclo cardíaco a massa projecta-se para o ventrículo direito, condicionando quase na totalidade o orifício tricúspide. Apresenta contornos regulares e densidade homogénea sem calcificações, com mínima captação de contraste.

Dada a hipótese diagnóstica mais provável de mixoma, foi proposto para cirurgia cardíaca.

IMG 103

QUANDO A PELE É O ESPELHO DA DOENÇA

Mariana Henriques Ribeiro; Ana Rita Paulos; José Carda;
Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Mulher de 87 anos, com diagnóstico de Policitemia Vera desde 2023, sob hidroxycarbamida 500 mg id, recorreu ao serviço de urgência por cansaço prolongado e hematomas espontâneos recentes. No exame físico, destacaram-se nódulos violáceos, firmes, indolores sem sinais inflamatórios. Analiticamente, tinha anemia normocítica normocrômica (Hb 9.0 g/dL), hematócrito diminuído (29,6%), trombocitopenia ($32 \times 10^9/L$) e leucocitose linfomonocítica ($18,54 \times 10^9/L$). O sangue periférico tinha 50% de blastos e a imunofenotipagem confirmou a existência de Leucemia Mielóide Aguda. Perante o diagnóstico, admitiu-se tratar de infiltração cutânea da leucemia (Leucemia Cutis vs. Cloroma). Este caso ilustra que a pele pode ser o espelho de doenças sistémicas.

IMG 104

GIGANTE SILENCIOSO: UM LIPOMA RETROPERITONEAL OCULTO

Yevhen Vinnichenko; Sofia Figueiró; André Abreu; Telma Alves; Patrícia Dias; Arsénio Santos

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Mulher de 43 anos com espondiloartropatia indolente e dislipidemia, medicada com sulfassalazina e atorvastatina. Por elevação das enzimas hepáticas de padrão misto realizou ecografia abdominal: volumosa formação lipomatosa desde o fígado até à cavidade pélvica. A TC TAP mostrou lesão retroperitoneal direita, com extensão do fígado à escavação pélvica (25 cm), composta por gordura, imagiologicamente sugestiva de lipossarcoma retroperitoneal bem diferenciado.

A PET-FDG mostrou massa lipomatosa sem captação, compatível com lipoma. Realizou biópsia guiada por ecografia: exame histológico com características compatíveis com lipoma. Após discussão multidisciplinar, realizou cirurgia. Trata-se de um caso raro de lipoma gigante abdominal.

IMG 105

PARA ALÉM DO ENFARTE CEREBELOSO: GANGLIOCITOMA DISPLÁSICO DO CEREBELO

Carlota Pinheiro De Mello; Sofia Prada; Carolina Ribeiro Rodrigues; Mariana Nunes Mendes; Paulo Brites Ramos; Fernando Aldomiro

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Síndrome de Lhermitte-Duclos (SLD) ou gangliocitoma displásico do cerebelo (GDC) representa um tumor raro, benigno, podendo ocorrer isoladamente ou associado à Síndrome de Cowden. Constitui uma lesão única e unilateral. O aspeto em “listras de tigre” na ressonância magnética (RM) considera-se patognomónico. O tratamento é cirúrgico.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma mulher de 81 anos que recorre ao serviço de urgência por síncope, sem outros sintomas. A tomografia computadorizada crânio-encefálica (CE) revelou uma imagem sugestiva de lesão isquémica cerebelosa direita em evolução. Do estudo complementar, a RM-CE mostrou lesão expansiva parenquimatosa cerebelosa direita de aparência estriada, compatível com GDC. Destaca-se este caso, não só pela raridade da lesão, mas também pelo importante diagnóstico diferencial com acidente vascular cerebral.

IMG 106

O SINAL DE PERCHERON: QUANDO O COMA SE REVELA NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Margarida Midões; Juliana Nogueira; Sérgio Monteiro; Melissa Silva; Inês De Castro Leal; Maria Inês Andrade; Ana Corte-Real; Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Homem de 73 anos deu entrada na Sala de Emergência por alteração súbita do estado de consciência (AEC), Escala de Coma de Glasgow 8, sem sinais meníngeos ou de lateralização motora, e com necessidade de intubação orotraqueal para proteção da via aérea. A Angiotomografia Computorizada cranioencefálica (CE), estudo analítico, rastreio toxicológico e punção lombar não apresentavam alterações de relevo. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, onde realizou Electroencefalograma que revelou lentificação inespecífica. O diagnóstico foi estabelecido por Ressonância Magnética CE, que demonstrou áreas de restrição à difusão e hipersinal em T2/FLAIR bilateral nos tálamos paramedianos, configurando o padrão clássico de enfarte da artéria de Percheron, uma entidade rara e a considerar como diagnóstico diferencial de uma AEC.

IMG 107

DA MASSA CERVICAL AO PADRÃO PULMONAR

Rute Andrade; Ana Júlia Pedro; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Paula Rocha

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Mulher de 50 anos, com antecedentes de carcinoma da mama há 11 anos e bócio multinodular, observada no Serviço de Urgência por episódio de síncope e aparecimento recente de uma massa cervical. A radiografia torácica evidenciou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais de diferentes dimensões, configurando o padrão clássico em “largada de balões”, sugestivo de metastização pulmonar. A investigação subsequente identificou volumosa lesão tireoideia e a citologia revelou carcinoma anaplásico da tireoide. Este caso ilustra uma apresentação imagiológica típica de metastização pulmonar num tumor raro e agressivo, caracterizado por crescimento rápido, invasão local e metastização à distância, frequentemente já presente ao diagnóstico, sendo o pulmão o local de metastização mais frequente.

IMG 108

COMPRESSÃO DA AURÍCULA ESQUERDA POR HÉRNIA DO HIATO VOLUMOSA

Joana Serranho; Luís Siopa; Ana Oliveira; Abel Branco; Tetiana Baiherych; Joana Jardim; Beatriz Vital; Miguel Duarte; Márcia Verdasca

Hospital de Santarém

A hérnia do hiato paraesofágica caracteriza-se pela herniação intratorácica do estômago, podendo comprimir estruturas mediastínicas e originar sintomas respiratórios

e cardiovasculares.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 81 anos admitida por dispneia, febre e tosse produtiva, inicialmente interpretadas como infecção respiratória. A radiografia torácica mostrou imagem retrocardíaca sugestiva de hérnia do hiato volumosa. O ecocardiograma transtorácico evidenciou compressão da aurícula esquerda por estrutura intratorácica. A tomografia computadorizada confirmou volumosa hérnia do hiato, com estômago intratorácico em posição retrocardíaca, associada a atelectasia do lobo inferior esquerdo.

Este caso ilustra uma causa pouco reconhecida de dispneia e infecções respiratórias recorrentes.

IMG 109

BÓCIO MERGULHANTE: UMA TIRÓIDE SEM FRONTEIRAS NUM MERGULHO SILENCIOSO

Joana Pereira Moniz; Bruna Cordeiro; Joana Crisóstomo; Ana Ponciano; Rita Lizardo Grácio; Renato Saraiva
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem, 70 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes tipo 2. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica. Análises e ECG sem alterações. Telerradiografia de tórax com desvio da traqueia, motivo pelo qual realizou TC pescoço, com evidência de bócio multinodular mergulhante com um volumoso nódulo no lobo esquerdo (6 cm). Clinicamente sem alterações à palpação cervical, dispneia ou disфонia. Função tiroideia sem alterações. Orientado para consulta de Cirurgia Geral.

Com esta imagem pretendemos realçar a importância de um elevado nível de suspeição perante achados anormais em telerradiografias de tórax, que neste caso possibilitaram o diagnóstico de um volumoso bócio mergulhante num doente assintomático.

IMG 110

QUANDO O ECG APONTA PARA ALÉM DO CORAÇÃO: UM CASO DE PNEUMOTÓRAX

Joana Pereira Moniz; Aminata Gumbé; Mónica Amado; Miguel Gonzalez Santos; Hélia Martins; Rita Lizardo Grácio; Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Homem, 53 anos, admitido no serviço de urgência por dor torácica e dispneia, apresentando-se polipneico e com murmúrio vesicular diminuído à esquerda. Eletrocardiograma (ECG) em taquicardia sinusal com alternância de QRS. TC Tórax com volumoso pneumotórax hipertensivo à esquerda.

Com esta imagem destaca-se a importância de achados particulares do ECG, nomeadamente a alternância elétrica, presente em contexto de pneumotórax hipertensivo e derrame pericárdico.

Neste caso, as alterações eletrocardiográficas prendem-se com a presença de ar a reduzir a transmissão elétrica para a parede torácica e com o próprio deslo-

camento do coração no mediastino com o ciclo respiratório, alterando a orientação do vetor elétrico em relação aos elétrodos do ECG.

IMG 111

LOBO ÁZIGOS: VARIANTE ANATÓMICA RARA IDENTIFICADA EM TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA TORÁCICA

Ana Brasil; Diana Teixeira Fernandes; Jéssica Gonçalves Vilaça; Ana P. Ferro

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Mulher de 86 anos, com demência e quedas frequentes, foi trazida ao Serviço de Urgência por síndrome confusional, dor torácica e tosse produtiva.

Durante a marcha diagnóstica, pedida Tomografia Computorizada (TC) torácica que revelou lobo acessório da veia ázigos.

O lobo ázigos é uma variante anatômica do pulmão direito, resultante da invaginação da veia ázigos no parênquima pulmonar. Surge em cerca de 0.2-1.2% da população.

A presença de um lobo acessório da veia ázigos é um diagnóstico diferencial raro que pode simular outros achados pulmonares como bolhas, abscessos, massas ou pneumotórax. Impede também uma abordagem extrapleural ao esófago através de toracotomia e aumenta o risco de danos neurovasculares em procedimentos toracoscópicos (como simpatectomia).

IMG 112

A MÃO QUE A GOTA MOLDOU

João Leão Lopes; Beatriz Gamito Gonzaga; Carla Costa; Marta Pinto De Almeida; Julian Rodriguez Barrios; Joana Rosa Martins

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A imagem ilustra um caso de gota tofácea crónica com múltiplos tofos periarticulares exuberantes, especialmente sobre as articulações interfalângicas proximais e distais, de consistência firme, alguns dos quais de coloração esbranquiçada/amarelada, associados a rigidez e dor articular. Os tofos gotosos resultam da deposição crónica de cristais de monourato de sódio nos tecidos moles, traduzindo uma hiperuricemia de longa evolução, não controlada. Por vezes, podem ulcerar, com extrusão de material esbranquiçado pastoso ("chalky"). Ainda que menos frequente com terapêutica hipouricemiante adequada, esta forma de apresentação continua a ocorrer em casos de diagnóstico tardio ou tratamento insuficiente.

IMG 113

ENFARTE COM SUPRA-ST POR OCLUSÃO DO RAMO ATRIOVENTRICULAR POSTERIOR DA ARTÉRIA CORONÁRIA DIREITA

Catarina Ribeiro Henriques¹; Catarina Ribeiro Henriques¹; Catarina Bogas Coelho²; Rita Pontes²; Lourenço Garcia³; Joana Catarina Silva³; Pedro Caiado Ferreira³; António Mesquita³; Catarina Patrício³; Augusto Ribeirinho³; Vítor Brotas³; Sofia Pinheiro³

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta;
²ULS São José; ³ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Medicina ^{2,3}

Introdução: Homem de 59 anos recorre ao serviço de urgência por dor torácica em aperto. À admissão com um eletrocardiograma que evidencia supra-ST em DII, DIII, AVF e V6 e infra-ST recíproco em AVL e V2, a sugerir enfarte extenso da parede inferior e pósterio-lateral. Uma elevação de ST em DIII > superior à de DII e de V6 sugere envolvimento da artéria coronária direita. A depressão recíproca de ST em V2 pode ocorrer na oclusão distal da artéria coronária direita dominante. Adicionalmente, o ECG revela bradicardia sinusal, uma complicação mais comum no enfarte da parede inferior com oclusão da coronária direita. O doente foi submetido a coronariografia que demonstrou oclusão do segmento atrioventricular posterior da artéria coronária direita.

IMG 114

COMPLICAÇÃO RARA DA BRONCOSCÓPIA: EMBOLIA GASOSA CEREBRAL

Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Maria João Costeira; Cleide José Maria; Pedro Jordão De Freitas; Pedro Martins Gonçalves

Unidade Local de Saúde de Braga

Homem, 67 anos, admitido por pneumonia necrotizante dos lobos médio e inferior direitos. Perante a ausência de melhoria clínica sob antibioterapia, realizou broncoscopia com biópsias, sem intercorrências imediatas. No dia seguinte, o doente apresentou alteração aguda do estado de consciência. A tomografia computadorizada crânio-encefálica com contraste evidenciou múltiplos focos de gás intracraniano, compatíveis com embolia gasosa cerebral. Este caso ilustra uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da broncoscopia. A embolia gasosa cerebral deve ser prontamente considerada perante o surgimento de défices neurológicos de novo após este procedimento, mesmo na ausência de intercorrências aparentes durante a sua realização.

IMG 115

QUANDO O AR INVADE SEM AVISO

Daniela Soares Ribeiro; João Nunes Caldeira; Joana Ferreira Castro; Luís Dias

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

O pneumomediastino espontâneo é uma condição rara, resultante mais comumente da rutura dos alvéolos e dissecação de ar para o mediastino.

Mulher de 21 anos, asmática. Admitida no Serviço de Urgência por toracalgia pleurítica aguda após episódios de tosse, associada a odinofagia, rinorreia e febre. Auscultação pulmonar normal. Dos exames complementares, a destacar PCR de Influenza A e elevação de parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica (imagem 1) a destacar enfisema subcutâneo (setas amarelas) e hipertransparência bilateral justamediastínica (setas azuis). Tomografia computadorizada torácica (imagem 2) com extenso enfisema subcutâneo dissecando a musculatura e vasos do pescoço bilateralmente e pneumomediastino a dissecar os hilos pulmonares. Cumpriu repouso, oxigenoterapia e oseltamivir, com boa evolução clínica. Resolução imagiológica em 10 dias.

IMG 117

QUANDO O BAÇO ENGANA: PELIOSE ESPLÉNICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA SISTÉMICA

Cristina Miranda; Marta Reisinho Mesquita; André Sousa Vares; Rita Matos Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Maria João Palavras

Hospital de Braga

A investigação de incidentalomas esplénicos constitui um desafio diagnóstico frequente em Medicina Interna. Mulher de 42 anos foi referenciada após achado incidental em tomografia computadorizada abdominal realizada por perda ponderal. O exame revelou múltiplas lesões esplénicas hipodensas de natureza indeterminada, levantando suspeita de doença granulomatosa, infecciosa ou linfoproliferativa. A ressonância magnética abdominal demonstrou substituição quase completa do parênquima esplénico por múltiplas formações quísticas confluentes, heterogêneas e não captantes de contraste, padrão sugestivo de peliose esplénica. A reavaliação confirmou estabilidade das lesões e ausência de critérios de agressividade, permitindo abordagem conservadora e evitando investigação invasiva desnecessária.

IMG 118

TUBERCULOSE MILIAR

Pedro Acuña Rosa

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Doente de 30 anos, natural do Bangladesh, sem antecedentes pessoais, cirúrgicos, medicação habitual ou alergias conhecidas. Hábitos de consumo de heroína inalada. Desconhecia se possui plano nacional de vacinação

atualizado. Apresenta-se no serviço de urgência por quadro de tosse seca e febre alta (39.5º) em intervalo de 8/8h durante 30 dias. Sem outras aparentes queixas de órgão (barreira linguística dificultava a colheita de história.) Ao exame Objetivo hemodinamicamente estável, normossaturado em ar ambiente e com crepitações dispersas em ambos hemitóraxes.

Realizou a seguinte radiografia de tórax que apresenta uma manifestação grave e disseminada de infecção a *Myobacterium tuberculosis*, a tuberculose miliar. Raramente observada em países desenvolvidos.

IMG 119

QUANDO NEM TUDO É VASCULITE: UM CASO DE ERITEMA AB IGNE

Jessica Angelina De Oliveira; Carolina Anjo; Inês Albergaria; Adriana Dias; Filipa Viegas; João Tavares

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Sexo masculino, 69 anos internado por lesão renal aguda KDIGO 2, não oligúrica. Apresentava rash live-doide, com progressão ascendente, limitado à face externa do membro inferior esquerdo, com cerca de uma semana de evolução (Figura 1). Perante a suspeita inicial de vasculite sistémica, foi solicitado estudo complementar, incluindo biópsia cutânea, que permitiu excluir este diagnóstico. Da anamnese destacou-se exposição prolongada a fonte de calor local, nomeadamente lareira, pelo que, após exclusão de outras causas, se assumiu como diagnóstico eritema ab igne.

IMG 120

DESTRUIÇÃO DIGITAL AVANÇADA EM ARTRITE PSORIÁTICA NÃO TRATADA

Fábio Dinis Alves; Patrícia Cláudio Ferreira; Margarida Monteiro; Olinda Sousa Caetano; Rosário Araújo; Rosa Ferreira

Hospital de Braga

A artrite *mutilans* representa a forma mais grave e destrutiva de artrite psoriática, caracterizando-se por encurtamento digital e osteólise avançada das articulações periféricas, resultando em deformidade grave e comprometimento da função manual. O caso mostra um homem, 87 anos, com antecedentes de artrite psoriática de longa evolução, sem seguimento regular e sem terapêutica dirigida. Destaca-se deformidade marcada das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais e distais, com desvio lateral e anteroposterior, associada a encurtamento digital pronunciado. Estas imagens destacam-se pela extensão da destruição articular e pela gravidade evolutiva da artrite *mutilans*, padrão pouco observado atualmente devido às estratégias terapêuticas disponíveis, reforçando a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento clínico contínuo.

IMG 121

ARTÉRIA TRIGEMINAL A MIMETIZAR OCLUSÃO DA BASILAR: RELATO DE UM CASO

Ana Luísa Maceda Rodrigues; Margarida Miguel Paraíso; Ana Cristina Peixoto; Mariana Pintalhão; Pedro Miguel Castro; Luísa Fonseca; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde São João

Homem de 63 anos recorreu ao SU por início súbito de desequilíbrio associado a défice de força no membro inferior esquerdo. Avaliado por Neurologia, que descreve hemiparésia esquerda e dismetria ao exame neurológico. Realizou TC-CE com angio sem evidência de lesão isquémica aguda, mas com imagem sugestiva de oclusão do terço médio da artéria basilar. Não foi realizada trombólise tendo em conta o tempo de evolução; no entanto, devido à suspeita de oclusão de grande vaso, foi discutida a possibilidade de trombectomia com Neurorradiologia de Intervenção. Após revisão detalhada das imagens constatou-se que a aparente oclusão da artéria basilar correspondia, na realidade, a uma variante anatómica - artéria trigeminal. Este caso evidencia a importância da revisão cuidadosa das imagens e do conhecimento das variantes anatómicas de forma a evitar intervenções desnecessárias.

IMG 122

DA FEBRE PERSISTENTE À CIRURGIA URGENTE

Márcia Verdasca Oliveira; Inês Ambrosio; Guilherme Miranda; Abel Branco; Joana Serranho; Miguel Morgado Duarte; Cristina Santos; Manuela Grego; Graça Amaro

Hospital Distrital de Santarém, EPE

Mulher, 75 anos, internada por alteração do estado de consciência - agitação psicomotora e desorientação - associada a febre persistente. Ao 35º dia de internamento inicia dor precordial e sopro mitral de novo. Hemoculturas positivas para *Staphylococcus epidermidis* metilino-resistente. O ecocardiograma transesofágico revelou volumosa vegetação na face interauricular da interfibrosa, associada a perfuração e regurgitação mitral significativa, corroborando o diagnóstico de endocardite da bioprótese aórtica (implantada 6 meses antes), complicada por abscesso peri-anular e perfuração do folheto mitral com regurgitação grave. Instituída antibioterapia com vancomicina, gentamicina e rifampicina. Doente referenciada para cirurgia cardiotorácica.

IMG 123

ÉCTIMA GANGRENOSO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE AGRANULOCITOSE POR METAMIZOL

Ana Gomes Saraiva; André Abreu; Bernardo Belchior; Joana Marinho; Hugo Graça; Sónia Moreira; Jandira Lima; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Doente de 28 anos, internado por abscesso parietal por *Streptococcus intermedius* com evolução favorável. Ao 38.º dia de internamento, apresentou leucopenia ($0,3 \times 10^9/L$), suspeitando-se agranulocitose induzida por metamizol. Apresentava lesões eritemato-violáceas e vesícula central, compatíveis com éctima gangrenoso (Fig.1 – axilar; Fig. 2 – cervical). Iniciou de imediato filgrastim e antibioterapia dirigida a *P. aeruginosa*, com melhoria clínica e analítica. Confirmado posteriormente em hemoculturas e exsudado das lesões. Este caso destaca o EG como um “estigma” clínico crucial para o diagnóstico precoce de sépsis a *P. aeruginosa* em contexto de neutropenia. Ressalta ainda a necessidade de monitorização hematológica em doentes sob metamizol.

IMG 124

ENTRE QUISTOS E COLAPSO: PROVÁVEL BIRT-HOGG-DUBÉ NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Diogo Morgado; Mariana Da Cruz; Carla Fidalgo
Hospital de Braga

Introdução: O síndrome Birt-Hogg-Dubé é uma doença autossómica dominante, caracterizada por aumento do risco de neoplasia renal, lesões cutâneas e quistos pulmonares múltiplos, basais e subpleurais que podem complicar-se com pneumotórax espontâneo recorrente.

Caso clínico: Homem, 67 anos, seguido em consulta externa de Pneumologia por Asma com obstrução, Síndrome de Apneia Obstrutiva de Sono e provável Síndrome de Birt-Hogg-Dubé. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento do padrão habitual de dispneia. Sem febre, tosse ou alteração da expectoração. Objetivamente descrita insuficiência respiratória tipo 2 grave, pelo que iniciou VNI domiciliar. Realizou teleradiografia torácica que revelou pneumotórax direito de grande volume, com evolução para pneumotórax hipertensivo, durante a deslocação para o exame, resolvido após a colocação de dreno torácico.

IMG 125

ERITRODERMIA PSORIÁTICA: EXPRESSÃO SISTÉMICA DE UMA DOENÇA CUTÂNEA

Mónica O. Rodrigues; Patrícia Brás Marques; Romana Bettencourt Fagundes; Luciana Silva; João Luís Miranda

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A eritrodermia psoriática é uma forma rara e potencialmente grave de psoríase, caracterizada por eritema e descamação. Mulher de 77 anos, com antecedentes de psoríase e história de incumprimento terapêutico, encontrada prostrada no domicílio. À admissão na urgência, apresentava eritrodermia descamativa, com sinais de sobreinfecção de lesões e hipotermia. Analiticamente com elevação de creatinaquinase, parâmetros inflamatórios e transaminases. Hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* sensível à metilina. Diagnóstico de eritrodermia psoriática complicada por bacteriemia e rhabdomiólise. Após antibioterapia dirigida e reintrodução de terapêutica biológica, verificou-se resolução das lesões. Este caso clínico ilustra potencial gravidade de psoríase extensa não tratada, tendo tido um desfecho favorável pelo diagnóstico e tratamento precoces.

IMG 126

EQUINOCOCOSE: PARA ALÉM DO ENVOLVIMENTO HEPÁTICO

Jimmy Vieira Martins; Paula Merino; Inês Anacleto; Marisa Carvalho; João Oliveira; Pedro Lopes

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A Equinococose é uma doença infecciosa parasitária provocada por larvas da tênia *Echinococcus granulosus* (equinococose cística, doença hidática) ou *Echinococcus multilocularis* (doença alveolar).

Mulher de 72 anos de idade com equinococose hepática conhecida foi internada em contexto de febre e síndrome constitucional. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplos quistos hidáticos hepáticos (A), que ocorrem em 2/3 dos doentes, e coleção adjacente ao fígado sugerindo comunicação biliar (B). Observou-se igualmente a presença de formações quísticas esplênicas (C) que surgem apenas em 2 a 5% dos casos. Objetivou-se ainda volumoso derrame pleural direito (D). O caso ilustra complicações biliares e torácicas de equinococose disseminada.

IMG 127

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA POR MASSA TUMORAL NA AURÍCULA ESQUERDA

Claudio Coelho; Marta Matos Pereira; Ana Garrido Gomes;
Eduardo Viana; Nereida Monteiro; José Miguel Gonçalves;
Inês Ferreira

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Mulher de 83 anos com dispneia progressiva, hipoxemia e derrame pleural direito volumoso, num quadro inicialmente compatível com insuficiência cardíaca (IC) descompensada. A TC toraco-abdomino-pélvica (TC TAP) revelou massa volumosa localizada no lobo inferior direito, com extensão direta à aurícula esquerda, sugerindo invasão cardíaca e possível compromisso do retorno venoso pulmonar, explicando congestão/derrame e agravamento respiratório. Identificaram-se ainda lesões compatíveis com metastização suprarrenal bilateral e provável metástase hepática. A imagem enfatiza uma causa rara para achados comuns de dispneia e derrame pleural num quadro de IC. O TC foi determinante para caracterização e estadiamento, tendo a doente sido orientada para cuidados de conforto.

IMG 128

QUANDO A ANGIOGRAFIA REVELA UM “ATALHO” CORONÁRIO

Claudio Coelho; Joana Couto; Marta Matos Pereira;
Ana Garrido Gomes; Eduardo Viana; Nereida Monteiro;
José Miguel Gonçalves

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Homem, 57 anos, fumador, com episódios recorrentes de dor torácica em repouso, predominantemente noturna, com prova de esforço eléctrica positiva. O cateterismo cardíaco (CAT) mostrou artérias coronárias sem estenoses significativas e múltiplas fístulas coronárias, duas de maior calibre, com origem no segmento distal da descendente anterior (DA) e drenagem para o ventrículo esquerdo (VE), admitindo-se drenagem adicional para o ventrículo direito. O ecocardiograma transtorácico (ETT) corroborou o trajecto fistuloso. Este achado imagiológico ilustra um diagnóstico raro que pode coexistir com angina vasoespástica ou causar “roubo” coronário, condicionando isquemia sem lesão obstrutiva e implicando abordagem dirigida e discussão de encerramento.

IMG 129

QUANDO O OLHO FALHA: MACROADENOMA SELAR-SUPRASSELAR COMO CAUSA OCULTA

Claudio Coelho; Marta Matos Pereira; Ana Garrido Gomes;
Eduardo Viana; Nereida Monteiro; José Miguel Gonçalves;
Inês Ferreira

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Homem, 58 anos, com hipovisão súbita do olho esquerdo há cerca de 2 semanas, sem dor ocular, cefaleia de novo, trauma ou diplopia. Sem queixa de visão dupla e com oculomotricidade preservada. Acuidade visual no olho esquerdo reduzida e suspeita de défice predominante no hemicampo temporal; A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica e das órbitas, complementada por angio-TC, revelou lesão expansiva selar e supraselar, sugestiva de macroadenoma hipofisário, sem outras lesões intracranianas nem alterações vasculares. O exame oftalmológico mostrou palidez discreta do nervo óptico esquerdo, sem edema papilar, compatível com compromisso axonal. O caso sublinha que, mesmo na ausência de diplopia, uma LOE selar-supraselar pode apresentar-se por défice visual.

IMG 130

IMAGENS DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO DE ENDOCARDITE DE VÁLVULA MITRAL COM VEGETAÇÃO E PERFURAÇÃO

Rita Marques Borges; Fernando Mané; Catarina Flor Martins;
Rosário Calado; Francisco M. M. Pinheiro; Susana Loureiro;
Filipa Silva; Maria Isabel Apolinário; Ana Luísa Azevedo;
Guilherme Castro Gomes

Hospital de Braga

Doente com suspeita clínica de endocardite, realiza ecocardiograma transesofágico (ETE) que confirmou o diagnóstico, mostrou a extensão da doença e orientou a terapêutica – indicação para cirurgia cardíaca.

Imagem 1: Imagem de ETE (nível médioesofágico, biplano bicomissural-longo eixo), com demonstração de vegetação apensa à face auricular da válvula mitral (seta vermelha), e visível solução de continuidade sugestiva de perfuração da válvula ao nível do folheto posterior (seta azul).

Imagem 2: Imagem de ETE com *Doppler cor* (nível médioesofágico 2 câmaras), em que se observa jato de insuficiência mitral importante, com origem no local de perfuração.

Imagem 3: Imagem de ETE 3D (*surgeon view*) em que se observa uma vegetação na face auricular do folheto posterior da válvula mitral (seta amarela) e extensa calcificação ao nível do anel posterior (seta azul).

IMG 131

UMA IMAGEM QUE DESAFIA O DIAGNÓSTICO: “PENCIL-IN-CUP” NA ARTRITE REUMATOIDE

Maria Guilherme Muchata; Beatriz Luís Lopes; Fátima Cereja; Álvaro Ferreira

Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António

A deformidade “*pencil-in-cup*” é característica da artrite psoriática, decorre da erosão óssea proximal e da exostose distal na articulação.

Mulher de 55 anos com diagnóstico de artrite reumatoide há 20 anos, à apresentação com poliartralgias aditivas de características inflamatórias das interfalângicas proximais, metacarpofalângicas, punhos, cotovelos, metatarsofalângicas e joelhos. Nódulos reumatoides nas mãos e cotovelos. Fator reumatoide e anticorpo anti-CCP positivos, respetivamente 26,2 UI/ml e >250 U/ml. Doença grave e progressiva, atualmente controlada sob metotrexato 7,5 mg/semana e baricitinib. Em radiografia de estadiamento, deformação “*pencil-in-cup*” ao nível da quinta articulação metatarsofalângica direita, numa doente sem história pessoal ou familiar de psoríase e sem envolvimento das articulações interfalângicas distais.

IMG 132

QUANDO A PELE ALERTA: STEVENS-JOHNSON EM CONTEXTO DE ANTIBIOTERAPIA

Rita Ribeiro Vilar; Ana Rita Tomás; Luísa Martinho Marques; Constança Coutinho; Rafael Beja Cruz; Rita Dutschmann

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Homem de 68 anos, sem antecedentes relevantes, sob gentamicina, ampicilina, ceftriaxone e doxiciclina por provável endocardite a Bartonella. Neste período desenvolveu exantema pruriginoso no tronco e membros inferiores, com febre e eosinofilia. Cinco dias depois com áreas de descolamento epidérmico nos cotovelos, região peri-cateter e mucosa oral. Perante suspeita de Síndrome de *Stevens-Johnson* secundária à antibioterapia suspendeu-se a mesma, realizou biópsia cutânea e iniciou metilprednisolona e imunoglobulina, com melhoria clínica. A biópsia confirmou o diagnóstico de Síndrome de *Stevens-Johnson*. Destacam-se estas imagens pela importância de reconhecer esta entidade e proceder à suspensão precoce do agente causal quando possível.

IMG 133

MIELOMA MÚLTIPLO EM IMAGEM

Vanessa Ventura Vieira

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Homem de 49 anos, raça negra, inicia quadro de dorsal via incapacitante. Faz radiografia e posteriormente TC de coluna dorsal que deteta fratura de D12. Realiza posteriormente ressonância magnética desta zona que mostra múltiplas lesões líticas em vários corpos ver-

tebrais, mas que poupam a cortical do osso. Realizou rapidamente biópsia óssea que confirmou presença de mais de 60% de plasmócitos na medula óssea. Neste caso a imagem permitiu que se estabelecesse rapidamente um diagnóstico e que o mesmo fosse confirmado atempadamente para início de terapêuticas dirigidas

IMG 134

EVOLUÇÃO INESPERADA DE UMA CELULITE

Alexandre Fernandes Carvalho; Filipa Cunha; Rita Pinto; Diogo Junqueira; Daniela Santos; Vânia Gomes

Hospital de Braga

Mulher com hipertensão arterial recorreu ao Serviço de Urgência por dor, edema e eritema do membro inferior esquerdo, febre e proteína C reativa elevada. Doppler excluiu trombose venosa e tomografia computadorizada revelou celulite sem coleção. Sob penicilina endovenosa houve melhoria clínica e analítica, mas surgiram vesículas e bolhas hemorrágicas com pápulas violáceas, suscitando-se de vasculite, provavelmente secundária ao antibiótico. Hemoculturas negativas. Realizada biópsia cutânea que demonstrou edema e proliferação vascular capilar de tipo reativo, negativa para vasculite. Foi alterada antibioterapia, com resolução das alterações dermatológicas.

IMG 135

VEGETAÇÃO VALVULAR NATIVA IDENTIFICADA POR TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA: UM ACHADO INCOMUM

Ricardo Pedrosa; Nicole Moura; Diana Chaves; Ana Isabel Machado; Ana Margarida Araújo; Luísa Pinto

Hospital de Braga

Senhora de 67 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular e doença valvular mitral reumática severa. Observada na urgência por astenia, anorexia e febre com 3 semanas de evolução. No estudo com elevação de parâmetros inflamatórios e na tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica com calcificação da válvula mitral com vegetação de 22mm, confirmada por Ecocardiograma transesofágico. Hemoculturas com crescimento de *Streptococcus mitis* e *oralis*, sensíveis ao ceftriaxone.

Destaca-se a raridade da identificação de vegetação cardíaca por TC, com sensibilidade de 78% e especificidade de 94%, que permitiu o diagnóstico e tratamento precoces.

IMG 136

UM BANHO ESPIRITUAL COM CONSEQUÊNCIAS TERRENAS

Pedro Dinis Avelar; Beatriz Marquês; Henrique Alves Sousa; Carolina J. M. Teixeira; Sérgio Borges; Ana Costa
Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Homem de 67 anos, autónomo, recorre ao serviço de urgência por prurido intenso e eritema generalizado, predomínio no dorso, pescoço e membros inferiores, 24 horas após “banho espiritual” com sal e arruda (*Ruta graveolens*). À observação com exantema pruriginoso cervical, dorso e pés, com presença de flictenas. Analiticamente destacava-se eosinofilia [4700 (0.49%)]. Medicado com clobetasol e ácido fusídico. A arruda contém furocumarinas – agentes fotossensibilizantes, que após exposição solar podem causar fitofotodermatite, caracterizada por eritema e flictenas em áreas expostas. Este caso demonstra como a Medicina Interna, na sua versatilidade, dialoga com a “medicina” popular, destacando a importância de explorar práticas culturais na anamnese de dermatoses agudas.

IMG 137

RIM ÚNICO SOB PRESSÃO: O DESAFIO DA PIONEFROSE

Helena Estevão Pereira¹; Beatriz Lima Andrade¹; Ana Laura Costa²; Matilde Boavida²; Manuel Cruz¹; Manuela Mendes¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ² Instituto Português de Oncologia do Porto

Mulher de 78 anos, com rim único direito poliquístico, após nefrectomia por pielonefrite crónica. Terceiro internamento por infeção do trato urinário, sem isolamento de agente, a condicionar lesão renal aguda em doença renal crónica. Na tomografia computadorizada, lesão nodular heterogénea. Neste contexto, realizou ressonância magnética, verificando-se dilatação calicinal na vertente anterior do terço inferior do rim, sugestiva de pionefrose, já com efeito de massa sobre o bacinete e dilatação calicinal secundária. Considerando o risco elevado devido ao rim único, realizou-se drenagem ecoguiada do quisto renal. Dada pressão anti-biótica prévia, completou 4 semanas de meropenem, com redução significativa do quisto na imagem de reavaliação.

IMG 138

EXPRESSÃO IMAGIOLÓGICA EXTREMA NA DOENÇA POLIQUÍSTICA AUTOSSÓMICA DOMINANTE

Helena Estevão Pereira; Inês Santos Graça; Verónica Guiomar
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Mulher de 73 anos com doença poliquística autos-sómica dominante (DPQ) a condicionar doença renal crónica e doença hepática crónica. Na tomografia computadorizada abdominopélvica evidencia-se volumosa renomegalia bilateral, com extensão inferior até à escavação pélvica e substituição quase integral do parênquima por múltiplas formações quísticas corticais hipodensas, sem realce pós-contraste, atingindo 9 cm. Identificou-se ainda envolvimento hepático quístico exuberante, com lesões até 9 cm, condicionando efeito compressivo sobre o corpo gástrico. O caso reflete progressão fenotípica avançada, traduzida por volumetria quística extrema e compromisso estrutural multiorgânico.

IMG 139

HEMATOMA EPIDURAL – UMA URGÊNCIA IMAGIOLÓGICA

Miguel Martins Teixeira; Rita Louro; Diogo Duarte Dias; Susana Escária; Cláudia Borbinha; Luísa Rebocho
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Homem, 44 anos, recorreu ao serviço de urgência por cervicalgia e diminuição progressiva da força dos membros inferiores (MI) com 10 dias de evolução após acidente de baixa cinética em *karts* 15 dias antes, que sempre desvalorizou. Apresentava plegia do MI esquerdo e parésia do direito até D4. A tomografia computadorizada (TC) e a punção lombar (PL) sem alterações. Em regime de internamento realizou ressonância magnética (RM) que revelou hematoma medular de C7–D2, tendo sido submetido a cirurgia urgente. Este caso realça as limitações e a dificuldade que enfrentam muitas vezes os hospitais distritais no acesso a alguns exames complementares de diagnóstico em contexto de urgência/emergência, condicionando assim a gestão diagnóstica e terapêutica.

IMG 140

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO EM ADULTA JOVEM FUMADORA

Joana Cerdeira Frazão; Teresa Frazão; Magda Fernandes; Glória Alves; Catarina Coelho Faria; Patrícia Brito
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Mulher, 21 anos, fumadora (10 cigarros/dia), recorreu à urgência por dor torácica retroesternal súbita, agravada com a inspiração profunda. Negava febre, trauma ou infeção respiratória recente. Ao exame Objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, com auscultação cardiopulmonar sem alterações e saturação de oxigénio de 99% em ar ambiente. Analiticamente

sem alterações relevantes. Realizada angio-TC torácica que excluiu tromboembolismo pulmonar e evidenciou coleções de ar no mediastino, compatíveis com pneumomediastino ligeiro, sem sinais de pneumotórax associado. O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara, geralmente benigna, mais frequente em adultos jovens, podendo estar associado a tabagismo ou aumento súbito da pressão intratorácica. A identificação imagiológica é fundamental para o diagnóstico e exclusão de causas secundárias.

IMG 141

QUANDO A ASCITE NÃO É APENAS LÍQUIDO LIVRE

Inês Sousa Fernandes; Vitor Oliveira;
Mariana Macedo Cardoso; Diana Sousa Almeida; Filipa Reis;
Ana Parente Nunes; Nuno Monteiro; Edite Nascimento
Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

Doente do sexo masculino, 67 anos, antecedentes de alcoolismo crónico, vem ao SU por queixas de dor abdominal e ascite. Após paracentese diagnóstica e evacuadora foi diagnosticada peritonite bacteriana espontânea, a E.Coli. Realizou 8 dias de antibioterapia eficaz (TSA). Por manutenção da dor abdominal, parâmetros inflamatórios aumentados e escassa redução de PMN no líquido ascítico, iniciou Piperacilina+Tazobactam Fez TC abdominal, que excluiu complicações e foi observado por Cirurgia Geral e Gastroenterologia. Em D19 de internamento por ascite sob tensão foi realizada ecoscopia que revelou ascite septada, edema generalizado e hipomotilidade das ansas. Foi drenado por radiologia de intervenção. Evoluiu com encefalopatia porto-sistémica e pneumonia bilateral nosocomial com insuficiência respiratória grave levaram ao seu falecimento.

IMG 142

QUANDO O INCOMUM SE TORNA REALIDADE: PNEUMONIA CAVITADA POR SERRATIA MARCESCENS EM IMUNOCOMPETENTE.

Isabel De Araújo; Margarida Sousa Ornelas; João Loja;
Rafael Nascimento; Samuel Pereira; Teresa Faria
SESARAM

Introdução: Os principais diagnósticos diferenciais de cavitações pulmonares incluem infecções bacterianas, fúngicas, tuberculose e neoplasia. Apresenta-se um caso de pneumonia cavitada bilateral a *Serratia Marcescens*.

Imagem 1: Radiografia tórax, com derrame pleural à esquerda e cavitação no lobo superior direito.

Imagens 2 e 3: Tomografia computadorizada do tórax, em corte axial (Imagem 2) e coronal (Imagem 3) com lesões pulmonares cavitadas, a maior no segmento anterior e posterior do lobo superior direito com cerca de 73 mm e derrame pleural no hemitórax esquerdo com 11 mm de espessura.

IMG 143

CELULITE PERIORBITÁRIA EXTENSA POR RICKETTSIA TYPHI APÓS PICADA DE CARRAÇA

Jorge Reboredo Pinheiro; Carolina Queijo; Rute Gonçalves;
Telmo Coelho; Presa Ramos

Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

A celulite periorbitária é uma infeção potencialmente grave, cuja etiologia habitual envolve agentes bacterianos comuns. No entanto, agentes atípicos devem ser considerados perante apresentação exuberante ou evolução inesperada. Descreve-se o caso de um doente com celulite periorbitária extensa após picada de carraça, acompanhado de febre e escara de inoculação. A confirmação serológica de *Rickettsia typhi* permitiu estabelecer o diagnóstico de rickettsiose com envolvimento periorbitário, uma manifestação incomum. A imagem ilustra a marcada tumefação palpebral e a zona necrótica no local de inoculação, reforçando a importância do exame clínico detalhado e da suspeição etiológica em contexto epidemiológico compatível. A rápida identificação do agente permitiu instituir terapêutica dirigida, conduzindo a evolução favorável.

IMG 144

O ECLIPSE DO PULMÃO: UMA MASSA IMPLACÁVEL

Beatriz Andrade¹; Ana Laura Costa²; Helena Estevão-Pereira¹;
Inês Graça¹; Matilde Boavida²; Manuela Mendes¹

¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²Instituto Português de Oncologia do Porto

Homem de 61 anos, com adenocarcinoma pulmonar, estadio IV, com metastização pulmonar contralateral, pleural, ganglionar e hepática, e envolvimento da veia cava superior. Encontrava-se em 3ª linha de quimioterapia paliativa, com franca progressão da doença oncológica e deterioração clínica acentuada, caracterizada por caquexia, episódios de dispneia refratária e infeções respiratórias recorrentes. A avaliação imagiológica, com radiografia e angio-tomografia computadorizada (angioTC) de tórax, revela uma impressionante massa neoplásica de grandes dimensões, que ocupa a maior parte do parênquima pulmonar, ilustrando a agressividade da doença e o compromisso estrutural extremo.

IMG 145

PÚRPURA RETIFORME: MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO ADQUIRIDO

Miguel Torrinhas; Daniela Salgueiro, Ana Rita Oliveira,
Daniel Alves, Ana Nascimento

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Resumo: Mulher admitida por lesões purpúricas extensas nos membros inferiores, de padrão retiforme, com área necrótica central, rapidamente progressivas. Em

24–48 horas evoluíram com formação de bolhas. Do estudo destaca-se a presença de pancitopenia e positividade para os anticorpos anticardiolipina IgM e anti-β2-glicoproteína I IgM. Biópsia cutânea revelou vasculite leucocitoclástica com trombose microvascular, sugestivo de vasculopatia trombótica cutânea. Estudo medular e biópsia óssea compatíveis com síndrome mielodisplásico. Este caso ilustra uma manifestação cutânea grave de síndrome antifosfolípideo adquirido, destacando a importância de considerar etiologias trombóticas sistêmicas perante púrpura retiforme de evolução rápida.

IMG 146

COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DO ESÓFAGO POR ADENOPATIAS: UMA CAUSA RARA DE DISFAGIA

Miguel Torrinhas; Daniela Salgueiro, Ana Rita Oliveira, Daniel Alves, Helena Terleira, Ana Nascimento
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Resumo: Mulher com diagnóstico recente de carcinoma pulmonar de pequenas células, admitida no serviço de urgência por disfagia progressiva, inicialmente para sólidos e posteriormente para líquidos, com incapacidade de ingestão oral nas últimas 24 horas. Tomografia computadorizada cervical revelou múltiplas adenomegalias volumosas na região supraclavicular direita e mediastino, envolvendo o esófago e a traqueia, condicionando compressão extrínseca do lúmen esofágico com dilatação a montante. Esta imagem evidencia o papel da tomografia computadorizada na identificação de compressão extrínseca do esófago como causa de disfagia, permitindo rápido esclarecimento etiológico e celeridade terapêutica.

IMG 147

ÚLCERA DE KENNEDY – NÃO É SÓ UMA ÚLCERA DE PRESSÃO

Margarida Paixão Ferreira; Daria Bem; Pedro Fortes; Pedro Costa
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Doente de 88 anos, dependente nas AVDs, internado por infecção por Influenza A com sobreinfecção bacteriana e insuficiência respiratória. Verificou-se agravamento clínico gradual, com agravamento de insuficiência respiratória e persistência de hipernatrémia, refractários às medidas implementadas.

Cerca de 24h antes do falecimento, surgiu lesão na região sagrada à direita, sem perda da integridade cutânea e com formato de asa de borboleta.

A úlcera terminal de Kennedy é uma alteração cutânea inevitável, de etiologia desconhecida, que ocorre no processo de morte, podendo ser bilateral (antecede a morte em 2 semanas a vários meses) ou unilateral

(antecede a morte em 24-48 horas). Trata-se de um sinal de proximidade de morte.

IMG 148

DA CAVITAÇÃO PULMONAR À SÉPSIS: RELATO DE CASO

Daniela Alexandra Barros; Pedro Eliseu; Diana Mimoso; Tiago Rosa; Cristiana Sousa
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Mulher de 83 anos admitida no serviço de urgência por febre, dispneia e prostração, com hipotensão e insuficiência respiratória. Analiticamente apresentava síndrome inflamatória e infeção urinária com isolamento de *E. coli*. A radiografia torácica revelou imagem cavitada de paredes espessadas. Perante suspeita de sépsis de provável origem respiratória e/ou urinária, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol por suspeita de abscesso pulmonar. A broncofibroscopia excluiu *Mycobacterium tuberculosis* e posteriormente isolou-se *K. pneumoniae* sensível a ertapenem. A doente foi readmitida para antibioterapia dirigida, com melhoria clínica, analítica e imagiológica, evidenciando a importância da leitura criteriosa dos meios complementares de diagnóstico e enfatizando um agente etiológico frequentemente envolvido em abscessos pulmonares.

IMG 149

O CASO DE UM ABCESSO PULMONAR GIGANTE

Beatriz Andrade; Joana Amado; Alexandre Vasconcelos
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Homem de 70 anos, com doença estrutural pulmonar (enfisema e bronquiectasias), previamente não conhecida. Internado por clínica de febre, astenia, anorexia, hipersudorese noturna e expectoração mucopurulenta, com 1 semana de evolução. Realizou TC torácica, que documentou uma cavitação no lobo inferior direito, compatível com um abscesso pulmonar, com dimensões de 71x71mm (imagem 1). Do estudo microbiológico, com isolamento de *K. pneumoniae* produtora de beta-lactamases de espectro alargado, em bacteriológico de expectoração. Completou um total de 6 semanas de antibioterapia dirigida com ertapenem, tendo repetido reavaliação imagiológica (após 5ª semana de antibioterapia), com redução da cavidade para 25mm (imagem 2). Cerca de 4 meses depois, verificou-se resolução completa do referido abscesso, documentando-se apenas alterações sequelares (imagem 3).

IMG 150

A PELE COMO ESPELHO DO METABOLISMO: ACANTOSE NIGRICANS

Angélica De Freitas E Lopes; Ana Jacinta Marinho; Teresa Moitinho De Almeida; Maria Joana Alvarenga; Isabel Madruga

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

Homem de 59 anos, fumador e sem seguimento médico regular, encaminhado para consulta de Medicina Interna após diagnóstico de novo de diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2), no Serviço de Urgência. No exame Objetivo o doente era obeso e observaram-se placas hiperpigmentadas, espessadas e de aspeto aveludado na região axilar (imagem), e cervical, compatíveis com *acantose nigricans*. Esta manifestação cutânea encontra-se frequentemente associada a resistência à insulina, enquadrada no diagnóstico de DM tipo 2 e obesidade. A imagem destaca a importância de um sinal semiológico que pode constituir uma pista clínica para o diagnóstico precoce de alterações metabólicas, o que reforça o valor imprescindível do exame Objetivo. Geralmente, há melhoria com controle metabólico.

IMG 151

AS MÃOS QUE CONTAM UMA HISTÓRIA: DO EXAME FÍSICO AO DIAGNÓSTICO

Isabel Novo; Filipa Guedes; Sofia Festa; Adriana Almeida; Alexandra Azevedo; Carla Melo

ULS Médio Ave

Homem de 68 anos, hipertenso e dislipidémico, encaminhado à consulta de Medicina Interna por dispneia progressiva com 6 meses de evolução, disfagia e poliartralgias. Ao exame objectivo destacava-se esclerodactilia bilateral com espessamento e endurecimento da pele dos dedos, aspecto tenso e brilhante, retração cutânea e alterações ungueais sugestivas de vasculopatia digital, permitindo orientar o estudo de forma dirigida e eficaz. A imagem ilustra esta manifestação cardinal da Síndrome de CREST (Calcinose, Raynaud, Esofagopatia, Esclerodactilia, Telangiectasias), forma limitada de Esclerose Sistémica, suportada pela positividade dos anticorpos anti-centrómero (ACA). O reconhecimento precoce é fundamental, pois permite investigar complicações orgânicas graves, pulmonares, esofágicas e cardiovasculares, que explicam o quadro clínico.

IMG 152

UM DIAGNÓSTICO ESCRITO NA PELE

Mauro Gomes Marques; Joana Crisóstomo; Joana Pereira Moniz; Bruna Cordeiro; Luis Alexander Duarte; Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria

Homem de 26 anos avaliado por quadro de astenia, anedonia e diminuição de libido com 1 ano de evolução. Segundo o mesmo, queixas inicialmente admitidas em contexto reativo a processo de luto. Por

persistência sintomática, realizou estudo analítico com evidência de hiponatremia grave (119 mEq/L) e hipercaliémia (6.1 mEq/L), motivando encaminhamento ao serviço de urgência. Na exploração de anamnese e exame Objetivo, identifica-se significativa hiperpigmentação cutânea dispersa pela face, tronco e membros. A semiologia apresentada, em associação com os restantes dados, fundamentou a suspeita de insuficiência suprarrenal primária (doença de Addison). O estudo em internamento confirmou a hipótese diagnóstica e a introdução de reposição hormonal.

IMG 153

QUANDO O PNEUMOTÓRAX NÃO É O QUE PARECE: APRESENTAÇÃO SUBPULMONAR

Margarida Brandão De Menezes; Emílio Cunha; Francisca Ferreira Borges; Catarina Amaral; Cláudia Costa; Lígia Santos; Jorge Reis

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Homem de 61 anos, dependente nas atividades de vida diária por síndrome demencial e acidente vascular cerebral, recorre ao serviço de urgência por hipoglicemia grave (14 mg/dL) e dispneia. Antecedentes de DPOC GOLD E e hepatopatia alcoólica crónica. À admissão com mau estado geral, murmúrio vesicular diminuído no hemitórax direito e insuficiência respiratória. A radiografia torácica em decúbito dorsal revelou hipertransparência dos 2/3 inferiores do hemitórax direito. A TC torácica evidenciou pneumotórax direito volumoso com atelectasia do lobo inferior e do lobo médio. Pela fragilidade e antecedentes do doente optou-se por uma abordagem conservadora. O caso ilustra uma apresentação radiológica incomum de pneumotórax, provavelmente por rutura de bolha enfisematosa. Destaca-se a relevância do reconhecimento de apresentações atípicas de pneumotórax.

IMG 154

DOR LOMBAR SÚBITA, E AGORA?

Maria João Costeira Pereira; Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Cleide José Maria; Pedro Jordão De Freitas; Pedro Martins Gonçalves

Hospital de Braga

Doente do sexo feminino, 48 anos, com antecedente de proctite ulcerosa em remissão, recorre á urgência por dor lombar súbita e intensa com início durante o coito, persistente apesar de repouso, sem outras queixas. A TC lombar evidenciou lesão osteolítica em L3, motivando internamento para estudo. Analiticamente, anemia normocítica normocrómica, ligeira elevação da fosfatase alcalina e de rácio de cadeias leves livres, sem pico monoclonal na eletroforese. A RMN demonstrou fratura patológica de L3 associada a lesão osteolítica não compressiva. Realizou biópsia óssea e vertebroplastia, cujo resultado histológico revelou Plasmocitoma / Mieloma Múltiplo com restrição de ca-

deias leves kappa. A doente foi orientada para consulta de Hematologia.

IMG 155

SÍNDROME DE FAHR: UMA CONDIÇÃO RARA

Anita Campos; Inês Burmester

ULS Póvoa de Varzim e Vila do Conde

A síndrome de Fahr ou calcificação idiopática ou genética dos gânglios da base, é uma condição rara do sistema nervoso central que se manifesta pelo depósito de cálcio em estruturas subcorticais do cérebro, essencialmente nos gânglios da base. Relata-se o caso de uma mulher, de 74 anos, com esclerose sistémica, hipotireoidismo e hipoparatiroidismo, suplementada com cálcio desde há vários anos, e doença de Parkinson. Recorre ao serviço de urgência por queda com traumatismo crânio encefálico. Ao exame Objetivo sem alterações a destacar. Realizou tomografia computadorizada cerebral que revelou calcificações bilaterais de forma simétrica dos núcleos da base. Descrevemos um caso em que a suplementação prolongada de cálcio esteve possivelmente associada ao desenvolvimento de parkinsonismo e de alterações imagiológicas compatíveis com síndrome de Fahr iatrogénica.

IMG 156

LARGADA DE BALÕES, O ESPELHO DE UM TODO

Adriana Homem Da Costa; João De Brito;

Rita Pinto Fernandes; Inês Fonseca Marques; Inês Pintassilgo

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: Descreve-se o caso de uma mulher de 57 anos, fumadora (60UMA), com Carcinoma Adenoide Cístico multimetastizado em progressão (pT3N1), sujeita a Cirurgia, Quimioterapia (cisplastina) e Radioterapia. Metástases ósseas e pulmonares já conhecidas, tendo iniciado OLD em ambulatório. Internada por agravamento súbito da sua dispneia de base associada a dessaturação, sinais de dificuldade respiratória, com uso dos músculos acessórios. A auscultação pulmonar revelou murmúrio vesicular globalmente diminuído e crepitações dispersas. Após estabilização, realizou radiografia de tórax, que revelou múltiplas metástases pulmonares volumosas e dispersas, em padrão “larga-da-de-balões”.

IMG 157

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA POR ATROPINA: DELIRIUM E SINAIS CUTÂNEOS EM DOENTE ONCOLÓGICO

Pedro Reboredo; Paula Nogueira; Ana Morgado;

Rita Domingos; Ramiro Lopes; Cristina Sousa;

Catarina Mendonça Peixe

ULS Algarve > Hospital Faro > Serviço Medicina Interna I

Homem de 76 anos, com neoplasia da orofaringe e sialorreia, medicado recentemente com atropina em gotas por refratariedade a outras medidas. Recorreu

ao serviço de urgência por agitação psicomotora com 4h de evolução. Ao exame Objetivo apresentava hipertensão, taquicardia, midríase e rubor da face, região cervical e tronco, pele quente e seca – sugestivo de síndrome anticolinérgica. Após revisão terapêutica e contacto com a cuidadora, verificou-se administração repetida de quantidade indeterminada de atropina na mucosa oral, por baixa acuidade visual. Assumiu-se intoxicação anticolinérgica. Instituiu-se monitorização e tratamento com neostigmina e diazepam endovenosos, com resolução clínica. Este caso ilustra sinais clássicos de toxicidade anticolinérgica e o risco de sobredosagem inadvertida em contexto domiciliário.

IMG 158

RADIONECROSE CEREBRAL, UMA COMPLICAÇÃO RARA DE RADIOTERAPIA COM FEIXE DE ELETRÕES

João Barbosa Barroso; Carolina Gomes; Desireé Farinha;

Joana R. Luís; Andreia Ribeiro

Hospital de Vila Franca de Xira

A radioterapia com uso de feixe de eletrões apresenta vantagens comparativamente a outros formatos (fótons). Uma das vantagens é a capacidade de administração de doses localizadas com declínio energético para além de uma profundidade tecidual muito bem definida, condicionando, deste modo, menos lesão de órgão com profundidade. Estes aspetos são particularmente úteis em tumores da pele, onde se pretende uma atuação em pouca profundidade e apenas neste sistema de órgão. Ainda assim, a radionecrose é uma complicação rara, paradoxal e tardia da radioterapia com feixe de eletrões. O caso referente a imagem apresentada é relativo a doente que desenvolveu radionecrose intracraniana, 4 anos após radioterapia com feixe de eletrões dirigida a carcinoma basocelular infiltrativo frontal esquerdo que se manifestou por declínio cognitivo de instalação rápida.

IMG 159

SÍNDROME POLIGLANDULAR TIPO 2: HIPOTIREOIDISMO E DOENÇA DE ADDISON

Pedro Reboredo; Tiago Resende; Paula Nogueira;

Ana Morgado; Ramiro Lopes; Cristina Sousa;

Catarina Mendonça Peixe

Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Mulher de 28 anos recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, náuseas, vômitos, palpitações, cansaço e perda ponderal de 21% em 9 meses. Ao exame Objetivo evidenciava hiperpigmentação generalizada da pele e mucosas, incluindo pregas interdigitais, axilas e língua. Laboratorialmente destacavam-se hiponatremia, hipercaliemia, TSH 200?uIU/mL, fT4 0,34?ng/dL e ACTH basal 1679?pg/mL, confirmando hipotireoidismo e insuficiência adrenal primária. Admitida e tratada com hidrocortisona, levotiroxina e fluidoterapia, com estabilização clínica, sendo referenciada para consulta

de Medicina Interna para ajuste terapêutico e seguimento. A observação da hiperpigmentação cutânea e mucosa pode servir como pista clínica precoce para suspeita de síndrome poliglandular tipo 2, orientando investigação e tratamento oportunos.

IMG 160

BLACK HAIRY TONGUE – REAÇÃO RARA ASSOCIADA À LINEZOLIDA

Pedro Reboredo; Claudia Fitas; Paula Nogueira; Cristina Sousa; Carlos Cabrita; Catarina Mendonça Peixe

Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Mulher de 49 anos com doença renal crónica estadio G5d, sob diálise peritoneal, internada por osteomielite crónica da tibia esquerda. Após reação alérgica à vancomicina, iniciou linezolida dirigida a *Enterococcus faecium*. À 4ª semana de terapêutica iniciou quadro de mal-estar, náuseas e coloração castanha-escura da superfície dorsal da língua, compatível com *black hairy tongue*. A linezolida foi substituída por daptomicina, com rápida melhoria sintomática e desaparecimento da coloração castanha da língua após 2 semanas.

A *black hairy tongue* é uma reação benigna rara associada a antibióticos, resultante de hipertrofia das papilas filiformes e alterações da microbiota oral. O reconhecimento deste achado permite evitar investigação desnecessária e identificar iatrogenia medicamentosa.

IMG 161

QUANDO O CLÁSSICO NÃO É CLÁSSICO: SÍFILIS SECUNDÁRIA SEM ATINGIMENTO PALMOPLANTAR

Maria Leonor Nascimento; Luísa Mendonça
Hospital Dr. Nélito Mendonça

Homem, 55 anos, com antecedentes de esquizofrenia e hepatite B, recorreu ao serviço de urgência por exantema maculopapular disseminado com duas semanas de evolução, não pruriginoso, predominante no tronco e membros, sem atingimento palmoplantar. Negava febre ou outros sintomas sistémicos. Referia contacto sexual desprotegido nas últimas 6 semanas. Analiticamente, VDRL e FTA-ABS ambos positivos, confirmando o diagnóstico de sífilis secundária. Administrada penicilina benzatínica 2.4 milhões de unidades, dose única intramuscular, com resolução progressiva das lesões. Fará doseamento dos títulos não-treponémicos aos três meses de seguimento. O reconhecimento de apresentações atípicas é fundamental para evitar atrasos na instituição terapêutica.

IMG 162

NEM TUDO É DERRAME PLEURAL

Carolina Gomes; Pedro Guerreiro; Desirée Farinha; João Barbosa Barroso; Bruno Ferreira
Hospital de Vila Franca de Xira

Os quistos hepáticos são uma entidade clínica relativamente frequente, caracterizada pela presença de lesões cavitárias preenchidas por líquido no parênquima hepático. Na maioria dos casos são detetados acidentalmente em exames de imagem, sendo geralmente assintomáticos.

Os autores descrevem o caso de uma doente de 83 anos, inicialmente admitida por insuficiência cardíaca descompensada. A radiografia de tórax realizada à admissão revelou uma imagem sugestiva de derrame pleural na base direita de difícil resolução. Por persistência da imagem, após otimização terapêutica, realizou ecografia abdominal que demonstrou quisto hepático heterogéneo superior a 15cm. Realizada caracterização por tomografia computadorizada que confirmou quisto simples a ocupar quase a totalidade do lobo hepático direito com elevação marcada da hem cúpula diafragmática direita.

IMG 163

ALGALIAÇÃO DIFÍCIL EM SERVIÇO DE URGÊNCIA: DIAGNÓSTICO INESPERADO DE LITÍASE VESICAL

Maria Leonor Nascimento; Luísa Mendonça
Hospital Dr. Nélito Mendonça

Homem, 81 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata, recorreu ao serviço de urgência por retenção urinária aguda. Foi algaliado com drenagem imediata de 400cc de piúria, seguido de urina hemática com presença de coágulos. Re-algaliado para realização de lavagem vesical de 3 vias. Durante o procedimento, apresentou dor suprapúbica intensa, com agravamento da mesma aquando da mobilização da algália. Ecografia vesical revelou formação hiperecogénica com sombra acústica posterior. TC pélvica confirmou volumoso cálculo vesical com 6,7cm de maior diâmetro. Apesar de pouco frequente, perante uma algaliação difícil, o diagnóstico de litíase vesical deve ser considerado e a imagiologia precoce evita tentativas traumáticas adicionais.

IMG 164

TUBERCULOSE MILIAR

Catarina Isabel Silva; Joana Formiga Viegas; Sofia Alexandra Silva; Ana Paula Vilas
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Homem de 82 anos, autónomo, com Síndrome de Schnitzler sob antagonista dos recetores de IL-1 e passado de AVC isquémico, com parésia sequelar da mão direita. Iniciou subitamente desequilíbrio com incapacidade para a marcha. Observavam-se lesões nodulares eritematosas, indolores, na polpa

dos dedos dos pés. A TC-CE não revelou alterações de novo. A RM-CE mostrou realce paquimeningeo frontoparietal. A radiografia e TC torácicas evidenciaram padrão micronodular difuso, de distribuição aleatória, e derrame pleural esquerdo. Confirmou-se tuberculose miliar com envolvimento pleuropulmonar, do sistema nervoso central e cutâneo.

IMG 165

HIDROCEFALIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Carolina Gomes; Pedro Guerreiro; Cláudia Abreu De Jesus; João Barbosa Barroso; Desirée Farinha; Bruno Ferreira
Hospital de Vila Franca de Xira

A hidrocefalia caracteriza-se pelo aumento de líquido cefalorraquidiano nos espaços cerebrais, mais frequentemente nos ventrículos. Pode resultar de um de três mecanismos: obstrução da circulação de LCR; falhas na absorção; ou por produção excessiva de LCR. Os autores reportam o caso de uma doente de 62 anos, com o diagnóstico de neoplasia da mama sob QT com Paclitaxel, que recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio na marcha, dismetria e lentificação psicomotora.

Realizou TC-CE que evidenciou hidrocefalia de novo. Para melhor caracterização do quadro, realizou RM-CE que revelou ventriculomegalia supratentorial, envolvendo predominantemente os ventrículos laterais, associada a transudação transependimária frontal e parieto-occipital bilateral; sem evidência de lesões hemorrágicas ou secundárias, pelo que se equacionou a iatrogenia medicamentosa.

IMG 166

ÉTAT CRIBLÉ: O PADRÃO “QUEIJO SUÍÇO” NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Patrícia Varanda Dias; Daniela Pereira; Leonor P. Silva
ULS Gaia e Espinho

Homem, 78 anos, antecedentes de hipertensão arterial, apresenta síndrome confusional de novo com meses de evolução. TAC cranioencefálica e líquido cefalorraquidiano sem alterações; serologias para sífilis e vírus da imunodeficiência humana negativas; sem défices vitamínicos ou alterações da função tiroideia. A ressonância magnética revelou proeminência difusa dos espaços de Virchow-Robin, com padrão em état criblé. Mais frequente em idades avançadas, este padrão de “cérebro em peneira”/“queijo suíço” associa-se a doença cerebrovascular de pequenos vasos, hipertensão e parkinsonismo vascular. Neste caso, o seu reconhecimento foi determinante no estudo etiológico do quadro demencial.

IMG 167

PNEUMOCYSTIS PNEUMONIA AS THE INITIAL MANIFESTATION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION

Beatriz Macedo Santos; Marco Marta; Miguel Antunes; Ana Sá; Vanessa Palha; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

*A 32-year-old man with no prior medical history presented with acute hypoxemic respiratory failure. Laboratory tests revealed lymphopenia, elevated lactate dehydrogenase and C-reactive protein. Chest computed tomography (CT) showed bilateral diffuse ground-glass opacities with a predominantly peribronchial distribution, mainly in the lower lobes. Empirical cotrimoxazole and corticosteroids were initiated for suspected *Pneumocystis jirovecii* pneumonia. Serological testing confirmed Human Immunodeficiency Virus-1 (HIV-1) infection.*

*This image demonstrates the typical CT pattern of *Pneumocystis pneumonia* and illustrates how HIV may first present with life-threatening opportunistic infections, emphasizing the importance of early recognition.*

IMG 168

A PUPILA QUE DENUNCIOU O TUMOR: ANISOCORIA COMO MANIFESTAÇÃO DE APOPLEXIA HIPOFISÁRIA

Patrícia Varanda Dias; Rute Painçal; João Miranda
ULS Gaia e Espinho

Homem de 62 anos, antecedentes de múltiplos fatores de risco vascular e incidentaloma hipofisário previamente detetado em ressonância magnética (Imagem 1), recorre ao serviço de urgência por quadro de cefaleia holocraniana e vômitos. Ao exame neurológico, anisocoria (D>E), sem outros défices de pares cranianos. TAC cranioencefálica com volumosa lesão selar, desvio da haste hipofisária e compressão do seio cavernoso (Imagem 2). Em 24 horas, oftalmoplegia direita e TAC a evidenciar focos de hemorragia intralesional. Assim, quadro de apoplexia hipofisária, em que a clínica teve como mecanismo subjacente compressão extrínseca do terceiro par (das fibras pupilares às extraoculares). Do estudo endocrinológico realizado, tiroxina, cortisol e prolactina em níveis baixos. Realizada corticoterapia e exérese transesfenoidal do macroadenoma (Imagem 3).

IMG 169

FRAGILIDADE EXTREMA: A FACE RADIOLÓGICA DA OSTEOPOROSE SEVERA

Patrícia Varanda Dias; Daniela Da Graça Cruz; Pedro Manuel Oliveira
ULS Gaia e Espinho

Homem, 78 anos, antecedentes de litíase renal, gonartrose bilateral e carcinoma basocelular. História pessoal e familiar (pai e irmã) de fraturas ósseas frequentes e hipoacusia unilateral. Radiografia com alte-

rações com aspeto de lesões osteolíticas exuberantes nas tíbias bilateralmente. TAC evidenciou múltiplas imagens líticas milimétricas nas diáfises do fémur esquerdo, tíbias e perónios. Excluído mieloma múltiplo e alterações do metabolismo fosfocálcio. Sem síndrome constitucional ou achados analíticos/imagiológicos sugestivos de neoplasia; cintigrafia óssea não compatível com Doença de Paget. Biópsia óssea da cabeça do fémur com osso trabecular com alterações reativas e cartilagem hialina fragmentada, sem critérios de osteopetrose ou Doença de Paget. Densitometria com osteoporose grave (T-score fémur -3,4). Iniciou ácido alendrónico semanal.

IMG 170

QUANDO OUVIMOS CASCOS, NÃO DEVEMOS PENSAR EM ZEBRAS, MAS NÃO AS PODEMOS IGNORAR

Miguel Oliveira; Carolina Câmara; Inês Moreira;
Ricardo Raposo; Patrícia Aranha; Luís Dias
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: A neurofibromatose do tipo 1 (NF1) é uma doença monogénica, resultante de mutações patogénicas ao nível do gene NF1.

Caso clínico: Homem com 56 anos, com quadro com cerca de 40 anos de evolução de lesões cutâneas de agravamento progressivo, composto por máculas hiperpigmentadas e lesões nodulares de dimensões variáveis dispersas, com predomínio do tronco. Somente após o diagnóstico de duas filhas, é submetido a teste genético e estabelecido o diagnóstico de NF1.

Discussão: O atraso diagnóstico é um dos principais *handicaps* no âmbito das doenças raras. Este atraso ocorre não necessariamente pela dificuldade no estabelecimento do diagnóstico, na presença de achados clássicos da doença, mas por não se considerarem etiologias raras possíveis no diagnóstico diferencial.

IMG 171

FAVAS CONTADAS

Miguel Oliveira; Carolina Câmara; Inês Moreira;
Ricardo Raposo; Patrícia Aranha; Luís Dias
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: o défice de Glucose-6-Fosfato Desidrogenas (G6PD) condiciona quadros de anemia hemolítica intravascular aguda em situações de stress oxidativo eritrocitário, tais como o consumo de favas.

Caso clínico: doente do sexo feminino, com 85 anos. Com quadro de dor abdominal inespecífica, náuseas e vómitos. À avaliação, com icterícia da pele e mucosas, esplenomegalia, e com urina com coloração de vinho do Porto (Fig. 1). Com história familiar de défice de G6PD e episódios prévios de anemia hemolítica no passado. Admitiu consumo de favas nos dois dias precedentes.

Discussão: tratando-se de uma patologia monogénica de transmissão associada ao X, a gravidade da sua

expressão no sexo feminino é variável, podendo surgir somente face a estímulos oxidativos significativos.

IMG 172

AS CICATRIZES INVISÍVEIS DA TUBERCULOSE – UM CASO CLÍNICO

Renata Maçano; Sofia Gonçalves Pinto; Rute Painçal;
Inês Rueff Rato

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Relata-se o caso de uma mulher de 84 anos, internada por PAC com descompensação de IC em perfil B concomitante, com antecedentes de tuberculose pulmonar e ganglionar na infância, complicada por bronquiectasias extensas e perda de volume pulmonar à direita. Recorre ao SU por dor torácica esquerda, insuficiência respiratória, tosse produtiva e sinais de congestão. O Rx tórax, com infiltrados bilaterais e extensas alterações cicatríciais e calcificadas. Para melhor caracterização pede-se TC Torácico com alterações cicatríciais extensas, bronquiectasias de tração ao nível do lobo superior e lobo médio direito e calcificações associadas. Por melhoria clínica e analítica da doente sob levofloxacina, não foram necessárias medidas adicionais.

IMG 173

UMA OBSTRUÇÃO INSIDIOSA COM MÚLTIPLOS COLATERAIS

João Horta Antunes; Sara Frazão De Brito; André Santos;
Carolina Oliveira; Bárbara Picado

ULS Loures-Odivelas: Hospital Beatriz Ângelo

Sexo feminino, 67 anos, autónoma. História conhecida de trombose da veia jugular interna esquerda há 1 ano. Recorreu ao Serviço de Urgência por cervicalgia com irradiação para o membro superior direito, dispneia, dor pleurítica, sensação de corpo estranho na orofaringe e disfonia, com episódios de síncope. Analiticamente, anemia microcítica e lesão renal aguda; radiografia de tórax revelou desvio da traqueia e alargamento do mediastino superior direito. Realizou cintigrafia que revelou tromboembolismo pulmonar; por edema da face, região cervical e membro superior direito, perante suspeita de síndrome da veia cava superior, realizou tomografia computadorizada que confirmou diagnóstico, com trombose da veia e circulação colateral visível.

IMG 174

TROMBOSE BILATERAL DAS ARTÉRIAS RENAIAS COMO CAUSA RARA DE ANÚRIA AGUDA

Andreia Meseiro; Bruna Barbosa; Ana Ruivo; Inês Bonito;
Mónica Henriques Correia; João Paulo Caixinha;
Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Homem de 77 anos, fumador, com DM2IT, HTA, DLP e aneurisma da aorta abdominal operado há 14 anos, recorreu ao SU por dor abdominal nos quadrantes inferiores e anúria com três dias de evolução.

Analiticamente com creatinina de 7,78mg/dL. Realizou angio-TC abdomino-pélvico que demonstrava defeito de enchimento nas artérias renais principais bilateralmente, apenas com opacificação de alguns vasos distais, compatível com trombose, com ausência de perfusão renal, principalmente à direita.

A trombose bilateral das artérias renais é uma causa rara e grave de insuficiência renal aguda, podendo manifestar-se com dor abdominal inespecífica e anúria súbita. A angio-TC é essencial para o diagnóstico e orientação terapêutica. Este caso reforça a importância da suspeição clínica em doentes com fatores de risco vasculares para um diagnóstico rápido desta entidade grave.

IMG 175

PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA NA DOENÇA DE SJÖGREN: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carolina Silva Câmara; Inês Duro; Maria Guilherme Muchata; Ivone Valadão; António Marinho; Marta Casal Moura

Unidade de Imunologia Clínica da ULS de Santo António

Homem de 53 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e tiroidite de Hashimoto, avaliado por poliartralgias inflamatórias, perda ponderal e alterações imunológicas (ANA 1:1280, fator reumatoide 163UI/mL, anti-SSA/SSB elevados e hipergamaglobulinemia IgG), sem sintomas sicca. Durante a investigação, PET-CT revelou múltiplos focos hipermetabólicos pulmonares e adenopáticos, inicialmente sugestivos de neoplasia pulmonar. A biópsia pulmonar excluiu malignidade e infeção. TC torácica mostrou quistos dispersos, micronódulos e espessamento intersticial. Portanto achados compatíveis com pneumonia intersticial linfocítica no contexto de Doença de Sjögren (DSj). Este caso destaca a relevância da imagem no reconhecimento do envolvimento pulmonar da DSj.

IMG 176

QUANDO O CONTRASTE CIRCULA EM CONTRA-MÃO

M^a Emília Vieira Duque Carreira Monteiro; Sérgio Cabaço; Carolina Midões; Teresa Souto Moura

Hospital de São José

O erro médico é uma realidade em qualquer hospital, sendo mais frequente em ambientes de elevado stress, decisão rápida e sobrelotação, como o Serviço de Urgência (SU). As imagens pertencem a senhora de 88 anos com síndrome demencial avançado e AVC no passado, alimentada por PEG. Trazida ao SU por vômitos, dor abdominal e infeção do local de inserção da PEG. Solicitado TAC-AP com contraste que foi inadvertidamente administrado por acesso subcutâneo abdominal originando coleção de contraste com 118 x 46 x 64 mm nos tecidos subcutâneos da parede abdominal da região hipogástrica. O caso ilustra um erro técnico grave, potenciado pelo contexto de pressão do SU e pelo facto de a doente ser incapaz de comunicar dor.

IMG 177

AN APPLE A DAY MAY NOT KEEP THE DOCTOR AWAY: UM CASO DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

Filipa Ribeiro Trigo; Sara De Sousa;

P. Ricardo Pereira

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A aspiração de corpo estranho define-se pela inalação do corpo estranho para a laringe ou trato respiratório. Homem de 60 anos, apresenta-se com dispneia e dor torácica retrosternal pleurítica, em facada, após aspiração de conteúdo alimentar (maçã). Ao exame Objetivo, estava polipneico, mas não evidenciava insuficiência respiratória. TC torácica revelava corpo estranho ~1 cm no brônquio lobar inferior direito. Proposta extração por broncofibroscopia rígida, no entanto doente apresentou acesso de tosse com exteriorização de corpo estranho. Realizada broncofibroscopia *a posteriori*, sem complicações.

IMG 178

FIBROSE MACIÇA PROGRESSIVA EM DOENTE COM INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO

Beatriz Macedo Santos; Marco Marta; Miguel Antunes;

Ana Sá; Vanessa Palha; Narciso Oliveira

Hospital de Braga

Homem, 66 anos, pedreiro, sem uso de equipamento de proteção individual. Antecedentes de silicose. No último ano com vários ciclos de antibioterapia por infeções respiratórias recorrentes. Internado por pneumonia com Tomografia Computorizada do Tórax com consolidações pulmonares nos lobos superiores associadas a estrias fibróticas, repuxamento hilar, micronódulos dispersos com achados a sugerir silicose com massas pseudotumorais.

A fibrose maciça, como mostrado nestas imagens, distorce a arquitetura e mecanismos de defesa pulmonar, aumentando a predisposição a infeções e dificultando a gestão clínica. Este caso evidencia, ainda, a importância da prevenção ocupacional para reduzir incidência e progressão da doença.

IMG 179

ARTRITE GOTOSA NÃO TRATADA: UM CASO DE DESTRUIÇÃO ARTICULAR AVANÇADA

Filipa Ribeiro Trigo; Verónica Guiomar

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A artrite gotosa na ausência de tratamento pode complicar-se de ulceração com infeção e destruição articular. Face aos tratamentos disponíveis na atualidade, a apresentação em forma avançada é rara.

Doente do sexo masculino, de 72 anos, com história de artrite gotosa extensa com 30 anos de evolução. Sem tratamento hipouricemiante por alergia ao alopur-

rinol e doença renal crónica estágio IV a condicionar o uso de febuxostate. Apresenta-se na urgência com destruição articular das pequenas articulações das mãos e dos pés, com ulceração de tofo gotoso na 5ª articulação metatarsofalângica esquerda com suspeita de sobreinfecção. Realizado desbridamento e limpeza cirúrgica, para além de antibioterapia.

IMG 180

MÃOS QUE INDUZEM DIAGNÓSTICO – ESCLEROSE SISTÊMICA

Ana Pedro Pereira; Gorete Jesus; Rita Sousa Figueira; Joana Pereira De Melo; Alexandre Lopes; Susana Cavadas
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A esclerose sistémica (ES) é caracterizada por disfunção microvascular e fibrose progressiva dos tecidos. Doente do sexo feminino, 71 anos, com perda ponderal, refluxo gastroesofágico, fenómeno de Raynaud e esclerodactilia. Tabagismo (15 UMA). Anti-Scl-70 positivo forte; capilaroscopia com padrão esclerodérmico ativo e padrão de pneumonia intersticial não específica fibrosante. Estabelecido diagnóstico de ES, iniciou terapêutica com Micofenolato mofetil. Evoluiu com úlceras digitais isquémicas (UDI) (Imagem 1 e 2), sob terapêutica com nifedipina 20 mg e proposta para iloprost. As UDI, se presentes ao diagnóstico, associam-se a pior prognóstico cardiovascular e redução da sobrevida.

IMG 181

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E ALTERAÇÕES ESPLÉNICAS: UM ACHADO RARO

Maria Margarida Marques; Ana Luís Vasconcelos; Ricardina Macedo; Maria Rosário Araújo
Hospital de Braga

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune com frequente expressão multiorgânica e envolvimento multissistémico, sendo a sua manifestação esplénica pouco comum.

Caso clínico: Homem, 64 anos, seguido em consulta por diagnóstico de LES há vários anos, inicialmente lúpus discóide, com episódio posterior de pericardite lúpica. Sob terapêutica com lepinocortico 5mg/dia e plaquinol 400mg/dia, com controlo adequado. Realiza tomografia torácica de controlo, com achado acidental nos cortes abdominais superiores: parênquima esplénico difusamente heterogéneo, pela presença de incontáveis microcalcificações, constituindo uma manifestação rara de LES.

IMG 182

HÉRNIA DO HIATO COMO CAUSA DE ANEMIA REFRACTÁRIA

Maria Margarida Marques; Ana Luís Vasconcelos; Luís Neves Da Silva; Patrícia Cláudio Ferreira; Ana João Gonzaga; Ricardina Macedo; Maria Rosário Araújo; Margarida Monteiro; Olinda Caetano
Hospital de Braga

Introdução: Hérnias hiatais podem associar-se a hemorragia crónica oculta e a defeitos na absorção, permanecendo causas subvalorizadas de anemia crónica. **Caso clínico:** Mulher, 69 anos, antecedentes de anemia ferropénica, com vários episódios de urgência por agravamento de anemia, apresentando hemoglobina (Hb) mínima de 6.1 g/dl e necessidade transfusional de 5 unidades de eritrócitos (UE). Observada em consulta, com palidez acentuada, Hb 5.5 g/dl. Transusão de mais 2 UE e internada para esclarecimento etiológico, destacando-se volumosa hérnia hiatal de conteúdo gástrico, pâncreas e vasos esplénicos. Submetida a correção cirúrgica, com resolução da anemia (Hb 13.4g/dL), sem necessidade de suplementação adicional.

IMG 183

COMPLEXOS DE VON MEYENBURG: ACHADO INCIDENTAL RARO

Maria Margarida Marques; Ana Luís Vasconcelos; Ricardina Macedo; Maria Rosário Araújo
Hospital de Braga

Introdução: Os hamartomas biliares, ou complexos de Von Meyenburg, são malformações intra-hepáticas das vias biliares, raras e benignas, assintomáticas, que surgem geralmente como achado incidental.

Caso clínico: Homem, 41 anos, seguido em consulta por polisserosite em estudo. Realizou tomografia tóraco-abdomino-pélvica, com evidência de múltiplas formações hipodensas a nível hepático, de difícil caracterização. Fez ressonância abdominal, tendo revelado incontáveis nódulos hiperintensos em T2 e hipointensos em T1, aspeto de céu estrelado, traduzindo complexos de Von Meyenburg. O estudo etiológico da polisserosite permanece inconclusivo, interpretando-se os hamartomas como achado incidental, sem relação com o quadro.

IMG 184

RITMO CORRIGIDO, PULMÃO EM FUGA

Inês Santos Graça; Sara De Sousa; Verónica Guiomar
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Mulher, 89 anos, com antecedentes de Insuficiência Cardíaca de etiologia hipertensiva e fatores de risco vascular, recorreu ao serviço de urgência por palpitações e tonturas com 3 semanas de evolução. Do estudo efetuado apurado Síndrome do Nodo Sinusal, tendo sido necessário implantação de pacemaker. Após 48h, desenvolveu clínica de dispneia súbita, disfonia e dor

cervical. Denotou-se crepitações à palpação cervical e torácica superior. Realizada radiografia e TC torácica com identificação de pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo. Colocado dreno torácico, com resolução do quadro. Este caso ilustra uma complicação pouco frequente (1–3%) da implantação de pacemaker mas com potencial impacto clínico significativo, sobretudo em doentes idosos e frágeis.

IMG 185

ANEURISMA GIGANTE DA CROSSA AÓRTICA COM DISSEÇÃO TORACOABDOMINAL EM DOENTE COM SÍNDROME DE MARFAN

Fábio Salgueiro¹; Fernando Gonçalves²; Ruben Salgueiro²; Ivan Antunes²; Daniela Nascimento Silva²

¹IPO Coimbra; ²ULS da Guarda, EPE - Hospital Dr. Sousa Martins

Mulher de 62 anos com síndrome de Marfan, antecedente de valvuloplastia aórtica e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, recorre ao serviço de urgência por palpitações e desconforto torácico. À admissão apresentava taquicardia e hipotensão ligeira. A angio-TC toracoabdominal revelou dilatação aneurismática sacular gigante da crossa aórtica, com cerca de 10 cm de diâmetro, associada a disseção da aorta torácica descendente e abdominal, com extensão até à aorta abdominal infrarrenal. Este caso ilustra uma complicação vascular grave da síndrome de Marfan e destaca a importância da suspeição clínica e do diagnóstico imagiológico precoce para orientação terapêutica e referência urgente para centro especializado.

IMG 186

O SINAL DE FRANK: QUANDO O EXAME OBJETIVO ANTECIPA A DOENÇA

Iara Fazenda; Ana Frederica Parente; Daniel Lima Alves; António Cardoso Fernandes; Alexandra Esteves; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Homem de 50 anos, sem história de doença coronária sintomática prévia, internado por insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada habitualmente em classe II da NYHA por estenose aórtica severa sintomática, com fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida complicada com enfarte agudo do miocárdio tipo 2. Ao exame Objetivo, identificada prega diagonal no lóbulo da orelha – o sinal de Frank. Descrito em 1973, associa-se a aterosclerose e doença coronária. Neste caso, a sua presença prévia poderia ter motivado uma abordagem preventiva mais precoce, reforçando o valor do exame físico como ferramenta diagnóstica fundamental.

IMG 187

ESCRÓFULA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UMA MASSA CERVICAL

João Miguel Coelho; Ricardo Geraldês; Joana Coelho; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Homem de 42 anos, nepalês, apresenta tumefação cervical esquerda com 6 meses, sem sintomas constitucionais. TC revelou lesão hipodensa provavelmente necrótica de 62x21mm no nível II, envolvendo o esternocleidomastoideu. Investigação negativa para VIH; TB-spot positivo. A biópsia confirmou granulomas necrotizantes e a cultura isolou *Mycobacterium tuberculosis*. Este caso destaca a tuberculose ganglionar como diagnóstico diferencial crucial em massas cervicais, mesmo em imunocompetentes. A proveniência de zonas endémicas é o principal fator de risco. Com o aumento dos fluxos migratórios, o reconhecimento de apresentações extrapulmonares é fundamental para evitar erros diagnósticos e garantir o tratamento adequado desta patologia emergente.

IMG 188

A GRANDE IMITADORA: SÍFILIS SECUNDÁRIA SEM ENVOLVIMENTO PALMO-PLANTAR

Gabriela Silva; Beatriz Brito Almeida; Rute Rita Gonçalves; Telmo Coelho; Elisa Macedo Brás

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Homem de 57 anos recorre ao serviço de urgência por exantema papular com um mês de evolução, não pruriginoso, envolvendo face, couro cabeludo, tronco e membros superiores, sem envolvimento palmo-plantar. Sem resposta a anti-histamínicos ou corticoterapia. Associada astenia, perda ponderal e odinofagia. Serologias compatíveis com infeção por *Treponema pallidum* (TPPA 1:10240; RPR 1:32) e biópsia cutânea com infiltrado inflamatório mononuclear e identificação de espiroquetas. Este caso ilustra uma apresentação cutânea incomum de sífilis secundária, salientando a importância de considerar este diagnóstico, bem como o valor da biópsia cutânea perante exantemas persistentes.

IMG 189

PLASMOCITOMA SOLITÁRIO: DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR NA FRATURA PATOLÓGICA DO DOENTE IDOSO

Gabriela Silva; Beatriz Brito Almeida; Catarina Gomes Gonçalves; Cátia Filipa Canelas; Elisa Macedo Brás

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Mulher de 82 anos com dor persistente no braço direito há mais de um mês, sem história de trauma. Radiografia revelou lesão lítica diafisária com fratura patológica. Exames laboratoriais mostraram gamapatia monoclonal IgG/kappa, sem anemia, hipercalcemia ou insuficiência renal. Mielograma com 2% de plasmócitos e ressonân-

cia magnética nuclear sem outras alterações. Biópsia óssea confirmou plasmocitoma solitário. Encavilhamento e radioterapia radical proporcionaram consolidação da fratura e controlo da dor. O caso evidencia que fraturas patológicas no doente idoso exigem investigação além da osteoporose.

IMG 190

SÍNDROME DE TWIDDLER: QUANDO O PACEMAKER SE TORCE

Gabriela Silva; Rute Rita Gonçalves; Beatriz Brito Almeida; Cláudia Ribeiro; Rui Carvalho

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

A síndrome de *Twiddler* é uma complicação rara da implantação de pacemaker, resultante da rotação do gerador no leito subcutâneo, causando deslocamento e enrolamento dos elétrodos, com disfunção do dispositivo ou estimulação extracardiaca. Mulher de 68 anos recorre ao serviço de urgência quatro dias após implantação de pacemaker bicameral por bloqueio auriculoventricular completo, com dor torácica e movimentos involuntários sugestivos de estimulação diafragmática. Eletrocardiograma com ritmo estimulado e radiografia torácica confirma deslocamento e enrolamento dos elétrodos. O caso reforça a importância da suspeição clínica e avaliação imagiológica precoce perante sintomas após implantação de dispositivos cardíacos.

IMG 191

PARA ALÉM DO ESPERADO: UM CASO DE PNEUMONIA BILATERAL EXTENSA

Margarida Vieira Martins¹; Maria Margarida Marques¹; Beatriz La Féria²; Selma Mulemba Baptista¹; Margarida Monteiro¹; Maria Rosário Araújo¹; Olinda Caetano¹

¹Hospital de Braga; ²IPO Porto

Homem, 64 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo, internado por pneumonia bilateral extensa. À admissão estava taquipneico, com insuficiência respiratória (IR). Ao 2º dia de internamento, francamente sintomático, com agravamento significativo da IR, foi transferido para o serviço de Medicina Intensiva, nível II, onde permaneceu durante 11 dias. Na radiografia e TC de tórax realizadas, o doente apresentava extensas consolidações com vidro despolido envolvendo ambos os campos pulmonares e bolha na vertente superior esquerda de 14mm. Não foi isolado agente etiológico, tendo sido feita pesquisa microbiológica alargada. O doente teve alta ao 20º dia de internamento, em ar ambiente, sem complicações major da patologia.

IMG 192

NEM TUDO O QUE PARECE (SITUS INVERSUS) É

Rodrigo Mateus; Daniel Aparício; Edite Nascimento
ULS Viseu Dão Lafões

Mulher, 77 anos, trazida ao serviço de urgência por hematemese. À avaliação inicial apresentava sons cardíacos audíveis sobretudo no hemitórax direito; o *ictus cordis* era palpável no mesmo lado – um *situs inversus*? Um Raio-X de tórax mostra uma volumosa ocupação do hemitórax esquerdo com franco desvio do mediastino à direita. Um estudo tomográfico tira as dúvidas: uma hérnia de hiato contendo a totalidade do estômago, quase todo o intestino delgado e um segmento do cólon, com colapso total do lobo inferior do pulmão esquerdo, a condicionar uma dextroposição do coração. A utente manteve sempre estabilidade clínica e hemodinâmica. Foi proposta para endoscopia, que recusou, e o quadro resolveu sem necessidade de intervenção cirúrgica. A relevância da imagem prende-se com a raridade do fenómeno.

IMG 193

SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COM EXTENSÃO CUTÂNEA CERVICAL

Morgana Alves; João Morais Lopes; Teresa Guimarães Rocha; Rita Silva; Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

A síndrome de Ramsay-Hunt resulta da reativação do vírus Varicella-Zoster no gânglio geniculado e caracteriza-se pela tríade de paralisia facial periférica, otalgia e erupção vesicular auricular. Apresentações com extensão cutânea extrageniculada podem dificultar o reconhecimento clínico.

Homem de 80 anos recorreu por lesões no couro cabeludo e pescoço à esquerda, com dois meses de evolução, associadas a dor, ardor e prurido. Ao exame neurológico apresentava paralisia facial periférica esquerda associada a hipostesia. Observavam-se múltiplas lesões eritematosas, erosivas e crostosas envolvendo o pavilhão auricular e a região retroauricular, com extensão cervical posterior e lateral em distribuição conforme os dermatómos de C3–C4, respeitando a linha média. Iniciou aciclovir endovenoso e corticoterapia, com melhoria clínica.

IMG 194

METÁSTASES CUTÂNEAS E MUSCULARES: UM PADRÃO RARO DO CARCINOMA PANCREÁTICO

Fábio Salgueiro¹; Vivian Leonesa¹; Ruben Salgueiro²; Daniela Nascimento Silva²

¹IPO Coimbra; ²ULS da Guarda, EPE - Hospital Dr. Sousa Martins

Homem de 88 anos, institucionalizado, recorreu ao serviço de urgência por astenia e edema dos membros inferiores. Ao exame Objetivo observava-se lesão tumoral ulcerada na região inframamária direita, cuja

biópsia revelou metástase cutânea de adenocarcinoma pancreático. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica evidenciou dilatação do ducto pancreático principal, compatível com neoplasia da apófise uncinada. Identificaram-se ainda implantes metastáticos incomuns, incluindo nódulos subcutâneos na parede torácica e múltiplas massas intramusculares envolvendo os músculos psoas, ílio-psoas e raízes das coxas. A metastização cutânea e muscular no carcinoma pancreático é extremamente rara e traduz geralmente doença avançada.

IMG 195

ARTRITE SÉPTICA DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR: LOCALIZAÇÃO RARA POR AGENTE INCOMUM

Ana Carolina Noronha; Tatiana Teixeira;
Patrícia Brás-Marques; Marta Barbedo;
Manuela Sequeira; Joana Pimenta

ULS Gaia Espinho

A artrite séptica da articulação esternoclavicular é rara, representando cerca de 1% das artrites sépticas e constitui uma etiologia incomum entre as patologias desta articulação. Mulher de 60 anos, com antecedente de neoplasia da mama direita curada. Admitida por dor torácica direita irradiada ao braço e região cervical. TC evidenciou derrame esternoclavicular; artrocentese com líquido purulento isolando *Streptococcus agalactiae*. Estudo excluiu bacteriemia, outros focos infecciosos e imunossupressão. Este caso ilustra uma apresentação rara pela combinação de localização atípica, agente incomum e ausência de fatores de risco clássicos, sugerindo possível papel predisponente das alterações locorregionais pós-cirurgia e radioterapia mamária.

IMG 196

ESCLEROSE SISTÊMICA COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS: DESAFIO DIAGNÓSTICO

Daniela Da Graça Cruz; Patrícia Varanda Dias;
Daniela Capela Pereira; Manuel Coelho Barbosa

ULS Gaia/Espinho

A esclerose sistêmica (ES) apresenta heterogeneidade clínica, tornando o diagnóstico precoce desafiante. Homem, 56 anos, apresenta fenómeno de Raynaud, eritema das mãos com dedos “puffy” e alterações cutâneas do antebraço, pele cervical fina e esticada e lábios finos. Anti-SSA (Ro) duvidoso, Ro60 positivo e restantes anticorpos negativos. Capilaroscopia revelou presença de múltiplos capilares alongados e dilatados, alguns com características de megacapilares. Sem micro-hemorragias ou áreas de rarefação capilar. Foram excluídas causas vasculares e envolvimento sistêmico. O quadro sugere ES, sustentado por manifestações cutâneas, capilaroscopia e exclusão de outras etiologias. As imagens mostram lesões atípicas que podem

ser difíceis de identificar, destacando a necessidade de elevada suspeição clínica e avaliação criteriosa em casos incomuns.

IMG 197

EPISTÁXIS RECORRENTE RELEVANDO NEOPLASIA NASOSSINUSAL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Joana Paixão Figueira¹; Ana Jacinta Fernandes²;
Mariana Alegre²; Maria José Goes²; Catarina Salvado²;
Teresa Faro²

¹ULS São José; ²ULS São José

Doente admitido no Serviço de Urgência por episódios de epistaxis abundante com repercussões hemodinâmicas, Hemoglobina de 8,6. Avaliado por Otorrinolaringologia, foram observadas lesões nasais ocupando espaço, motivando investigação adicional. A imagiologia identificou volumosa lesão expansiva e infiltrativa nasossinusal esquerda, envolvendo seios etmoidais, esfenoidais, maxilar, com extensão à nasofaringe, fossas pterigopalatina e infratemporal e ápice orbitário, com extensa destruição óssea da base do crânio. A ressonância magnética caracterizou melhor a massa infiltrativa e confirmou envolvimento da nasofaringe, base do crânio e seio cavernoso. Os achados sugestivos de carcinoma pavimentocelular T4b na ressonância, foram confirmados histologicamente.

IMG 198

ERITRODERMIA DIFUSA NO SÍNDROME DE SÉZARY: O VALOR DIAGNÓSTICO DA INTEGRAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL

Leda D'Almeida; António Syder Queiroz;
Margarida Pereira Ventura; Luís Canavilhas;
Manuel Ferreira Gomes

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

A eritrodermia é uma manifestação dermatológica grave que pode resultar de múltiplas etiologias inflamatórias, infecciosas ou neoplásicas, constituindo um importante desafio diagnóstico em Medicina Interna. Apresenta-se o caso de um homem de 48 anos, ancestralidade africana, autónomo, sem antecedentes pessoais, que recorreu ao serviço de urgência em janeiro de 2024 por aparecimento progressivo de lesões cutâneas nodulares associadas a astenia, perda estimada > 5%. Teve internamento recente em agosto 2025 por infeção cutânea, tratada com antibioterapia endovenosa. A biópsia cutânea demonstrou infiltrado linfocitário epidérmico, e a imunofenotipagem evidenciou expansão clonal de linfócitos T com aumento da relação CD4/CD8, confirmando o diagnóstico de síndrome de Sézary. O reconhecimento precoce desta entidade rara tem impacto prognóstico e terapêutico.

IMG 199

UMA MASSA CERVICAL ... E A IMPORTÂNCIA DE UM EXAME OBJETIVO CUIDADO

Nádia Marcos; António Martins Baptista;
Teresa Passos Da Fonseca; Ana Júlia Pedro;
Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher de 81 anos, recorreu à urgência por edema e alteração da cor na perna esquerda. Mencionou ainda anorexia, perda ponderal 7kg (9.3%) e sensação de impactação alimentar esofágica (sem disfagia) com dois meses de evolução.

Ao exame Objetivo, destacava-se tumefação cervical dura, imóvel, indolor (ignorada pela doente) e edema duro do membro inferior. Realizou TC de corpo que identificou volumosa massa aparentemente linfo-proliferativa na região supra-clavicular direita (7x5x4.5cm), com desvio da traqueia para esquerda. Destacavam-se ainda volumosos conglomerados adenopáticos retroperitoneais (15 cm de maior eixo). Fez biópsia ecoguiada de conglomerado adenopático cervical que revelou tratar-se de um Linfoma B difuso de grandes células.

IMG 200

SÍNDROME DA URINA ROXA EM DOENTE COM SONDA VESICAL

Catarina Cabrita¹; Mari Lopes²; Hélio Conceição²;
Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Mulher de 72 anos, internada por acidente vascular cerebral, com diabetes mellitus mal controlada e subfebril. No internamento observou-se coloração roxa da urina no saco coletor da gália.

Realizada urocultura que isolou *Proteus mirabilis*. De referir que aquando da sonda para colheita da amostra, observou-se que a urina apresentava coloração amarelada. Dado estado subfebril, presença de cateter vesical e mau controlo glicémico, valorizou-se isolamento, cumprindo antibioterapia dirigida.

Este achado é compatível com Síndrome da Urina Roxa, associado a bacteriúria devido à metabolização bacteriana do triptofano em pigmentos índigo e indirubina, que reagem com o plástico do saco coletor, conferindo a coloração característica. Apesar do aspeto alarmante, trata-se geralmente de uma condição benigna, cujo reconhecimento evita investigação desnecessária.

IMG 201

EDEMA DE REINKE COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

Ana Sofia Rodrigues; Rute Sousa Martins;
Ivo Barreiro

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Mulher de 60 anos, autónoma, fumadora, com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Admitida por dispneia e estridor. Objetivamente com insuficiência

respiratória tipo 2 sem acidemia, com melhoria parcial sob BiPAP. TC-tórax mostrou obstrução severa da via aérea. Observação por ORL revelou volumoso Edema de Reinke com obstrução crítica da via aérea superior. Fez cirurgia urgente, com extubação posterior, com sucesso. Teve evolução favorável, sob corticoterapia com desmame progressivo de oxigénio. Alerta-se para uma manifestação rara de uma patologia tipicamente benigna, mas potencialmente fatal. A coexistência de DPOC pode atrasar o diagnóstico, tornando a imagem endoscópica determinante para abordagem atempada e multidisciplinar.

IMG 202

QUEDA COM DOR COSTAL E UM ACHADO IMAGIOLÓGICO INESPERADO

Catarina Cabrita¹; Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Homem de 76 anos recorreu ao serviço de urgência por dor torácica após queda da própria altura, com traumatismo da grelha costal. Ao realizar radiografia constatou-se a existência de sinal de Chilaiditi - achado radiológico raro que ocorre quando há interposição de ansa intestinal entre o fígado e o diafragma. Tendo em conta a história de trauma, realizou TAC torax para exclusão de ruptura de viscera oca, pois nestas situações é mais difícil avaliar pneumoperitонеu, tendo esta complicação sido excluída. Na ausência de complicações, optou-se por abordagem conservadora. O seu reconhecimento é importante pelo potencial de simular patologia toracoabdominal aguda e, raramente, associar-se a obstrução, volvo, isquemia ou perfuração.

IMG 203

FASCEÍTE NECROTIZANTE E O LIMITE TERAPÊUTICO: O PAPEL DA IMAGEM

Matilde Boavida¹; Ana Laura Costa¹;
Beatriz L. Andrade²; Gisela Moreira Pinheiro²;
Helena Estevão Pereira²; Liliana Carneiro²

¹IPO Porto; ²ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

A fascíte necrotizante é uma infeção rapidamente progressiva das partes moles, associada a elevada mortalidade.

Homem de 85 anos, dependente, com demência avançada e diabetes mellitus tipo 2, recorreu ao Serviço de Urgência por febre e prostração. Apresentação em sépsis, com marcada resposta inflamatória sistémica. TC toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas bolhas gasosas disseminadas pelos planos subcutâneos e musculares das regiões nadadeiras e perineal, compatíveis com fascíte necrotizante extensa. A exuberância das imagens confirmou o mau prognóstico e futilidade de desbridamento, optando-se por medidas de conforto atendendo ao estado funcional. Evoluiu desfavoravelmente.

IMG 204

MELANONÍQUIA: UMA MARCA DA HIDROXIUREIA

Patrícia De Oliveira Saraiva; Mafalda M. Ferreira;
Beatriz Ribeiro; Maria João B. Marques; Alexandre Louro;
Maria Eugénia André

ULS Castelo Branco

A hidroxiureia (HU) tem sido associada a uma variedade de reacções adversas cutâneas, destacando-se a hiperpigmentação mucocutânea. Entre estas, a melanoníquia com uma incidência estimada entre 4.3% e 55% dos doentes sob HU, ocorrendo mais frequentemente nos primeiros 11 meses após o seu início. Esta alteração é geralmente assintomática e reversível poucos meses após suspensão do fármaco.

Sexo masculino, 70 anos, antecedentes pessoais de hipertensão arterial primária controlada e trombocitopenia essencial medicada com HU. Após cinco meses de tratamento, desenvolveu estrias longitudinais que se estendiam da prega ungueal proximal até à borda livre distal da lâmina ungueal e hiperpigmentação das unhas das mãos sugestivas de melanoníquia.

IMG 205

QUANDO O AR ENCONTRA OUTROS CAMINHOS: ENFISEMA SUBCUTÂNEO EXTENSO ASSOCIADO PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO.

Kelly Tembe; Francisca Santos; Margarida Neto;
Pedro L De Freitas; Pedro Carreira; Susana Marques
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

O enfisema subcutâneo maciço e o pneumomediastino são complicações raras do pneumotórax, podendo constituir emergência médica potencialmente fatal. Homem de 67 anos, com cardiopatia hipertensiva e tabagismo ativo (50 unidades-maço/ano), recorreu ao serviço de urgência por dispneia súbita com 3 horas de evolução. À admissão apresentava-se hipertenso, taquicárdico e com hipoxémia corrigida sob FiO2 60%. A radiografia de tórax revelou pneumotórax direito volumoso, tendo sido colocada drenagem torácica. Durante o internamento desenvolveu enfisema subcutâneo cervicotorácico exuberante com assimetria torácica. A tomografia computadorizada confirmou enfisema parenquimatoso avançado, bolhas subpleurais, pneumomediastino e fístula aérea persistente. Foi submetido a bulectomia, com resolução da fuga aérea, regressão do enfisema subcutâneo e melhoria clínica.

IMG 206

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT

Joana Ferreira Fernandes; Leonor Ferreira;
Ecaterina Ciobanu; Agnieszka Czajkowska; Mariana Popovici;
Claudia Mihon; Edimar Cardoso

Centro Hospitalar de Lisboa Central / Hospital Curry Cabral

Doente do sexo masculino, 42 anos, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por sinais inflamatórios da hemiface direita com atingimento do pavilhão auricular e diminuição

da acuidade auditiva. A síndrome Ramsay Hunt engloba a combinação de vesículas no pavilhão auricular e paralisia facial periférica devido à reativação do vírus varicela-zóster no gânglio geniculado do nervo facial, caracterizando-se pela tríade: dor intensa, vesículas no pavilhão auricular e paralisia facial periférica ipsilateral. A identificação precoce permite o tratamento precoce, idealmente nas primeiras 72 horas, com antivirais e corticoterapia. A imagem apresentada demonstra os sinais clínicos característicos desta síndrome.

IMG 207

ADENOPATIAS, E AGORA O QUE FAZER?

Miguel Simões Rodrigues; Patrícia Ramos Santos;
Ana Glória Fonseca; Maria Francisca Delerue
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

A tuberculose continua a ser um problema de saúde mundial, sendo que em Portugal a incidência tem vindo a crescer com a população migrante de localizações endémicas.

Homem de 40 anos, natural do Bangladesh sem antecedentes. Internado por adenopatias cervicais exuberantes associado a sintomatologia B. Destaca-se exame de imagem cervical e torácico com múltiplas adenopatias cervicais e mediastínicas compressivas. Realizou biópsia ganglionar cervical que isolou *Mycobacterium tuberculosis* tendo iniciado tratamento dirigido com posterior melhoria clínica e imagiológica. Os autores destacam estas imagens pelas dimensões e necessidade de diagnóstico etiológico célere para evitar complicações existindo tratamento dirigido o mais precoce possível.

IMG 208

O EFEITO ANULAR DA ASPIRINA: UM CASO DE URTICÁRIA MULTIFORME

Patrícia Saraiva; Beatriz Ribeiro;
Maria João B. Marques; Alexandre Louro; Carlos Lozoya;
Maria Eugénia André
ULS Castelo Branco

A urticária multiforme, também conhecida por urticária anular aguda, é mais comum na idade pediátrica e pouco frequente na idade adulta. Pode ser secundária a infecções, fármacos ou imunizações.

Sexo feminino, 39 anos, com diagnóstico recente de urticária crónica medicada com anti-histamínico diário e sem alergias conhecidas. Recorreu ao serviço de urgência por quadro súbito, após toma de ácido acetilsalicílico (AAS) de angioedema labial e lesões maculopapulares anulares e policíclicas, com halo eritematoso e clareamento central dispersas pela face e membros superiores, sem envolvimento de outros sistemas de órgão. Assumiu-se o diagnóstico de urticária multiforme exacerbada por AAS e iniciou terapêutica anti-histamínica e corticoterapia com melhoria parcial. Teve alta medicada e referenciada para Imunoalergologia para avaliação complementar e orientação.

IMG 209

QUANDO O CÉREBRO NÃO É O ÚNICO SUSPEITO

Rafael Beja Cruz; Mário Ferreira; Luísa Martinho Marques; Constança Coutinho; Rita Ribeiro Vilar; Ana Sofia Nepomuceno; Susana Heitor

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Mulher, 56 anos, seguida em consulta de Psiquiatria por Perturbação Delirante Crónica, refratária à terapêutica antipsicótica. Internada por desorientação e crise convulsiva em contexto de privação de benzodiazepinas. Durante o internamento evoluiu com lesão renal aguda, tendo realizado TC Abdomino-Pélvica que revelou ureterohidronefrose direita obstrutiva por compressão extrínseca por volumosa massa no flanco ipsilateral (90x61x92mm) de com densidade de tecidos moles, gordura e estrutura irregular calcificada de 15mm no seu interior, sugestivo de teratoma ovárico. A presença de tecidos ectópicos, nomeadamente neuronais, nos teratomas está associada ao desenvolvimento de encefalite auto-imune paraneoplásica por auto-anticorpos anti-NMDAr. O seu tratamento passa por imunomodulação e exérese do tumor.

IMG 210

QUANDO A RADIOGRAFIA JÁ MOSTRAVA O DIAGNÓSTICO: LINFOMA DE HODGKIN NUM ADULTO JOVEM

Catarina Cabrita¹; Ricardo Pais²; Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Homem de 24 anos encaminhado ao Serviço de Urgência após Tomografia Computorizada (TC) torácica revelar massa mediastínica anterior volumosa (cerca de 11 cm), realizada no contexto de febre persistente com 7 dias de evolução. Referia ainda tosse seca noturna desde há 4 meses, agravada nas 2 semanas anteriores, e perda ponderal. Ao exame Objetivo destacava-se adenopatia axilar esquerda infracentimétrica, móvel e indolor. Analiticamente apresentava anemia normocítica (Hb 10 g/dL), leucocitose ligeira (10 400/ μ L) e PCR 84 mg/L. Perante suspeita de doença linfoproliferativa realizou biópsia percutânea, confirmando linfoma de Hodgkin clássico, variante escleronodular. Apresentamos TC evidenciando massa mediastínica exuberante e radiografia torácica 4 meses antes, na qual é possível identificar alargamento mediastínico retrospectivamente valorizado.

IMG 211

AS ARTÉRIAS NÃO MENTEM, MAS BRILHAM

Martim Henriques; Olga Capontes; Maria Ana Pais; Rita Reis; Isabel Madruga

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Mulher de 58 anos, sem antecedentes relevantes, enviada à consulta de Medicina Interna por febre vespertina, sudorese noturna, anorexia e astenia, acabando

por ser internada para investigação. Realizou estudo analítico, imunológico e serológico, exames culturais, ecocardiograma e TC toraco-abdomino-pélvica. A investigação foi negativa para etiologia infecciosa, autoimune ou neoplásica. A PET-TC revelou fixação anómala de FDG, com morfologia linear, na parede de várias artérias de grande calibre (paravertebral esquerda, carótida esquerda, subclávias e axilares, todos os segmentos da aorta torácica, aorta abdominal e ilíacas comuns). Estas alterações metabólicas permitiram estabelecer o diagnóstico de vasculite de grandes vasos. A doente realizou pulsos de corticoterapia e depois iniciou terapêutica biológica, apresentando remissão da doença.

IMG 212

DA HIPERNATREMIA AO PRES: COMPLICAÇÃO IATROGÉNICA GRAVE

Catarina Morete Cabrita¹; Tiago Alexandre²; Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Mulher de 82 anos observada no serviço de urgência por queda com fratura do fémur e hipernatremia grave (157 mmol/L). Cumpriu correção com fluidoterapia hipotónica endovenosa e hidratação oral. Após 24 horas verificou-se descida para Na 139 mmol/L, acima da velocidade de correção segura, com deterioração neurológica: diminuição da vigília com abertura ocular espontânea e mutismo. A tomografia evidenciou edema cerebral extenso e a ressonância magnética revelou áreas bilaterais de hipersinal com predomínio parieto-occipital, compatíveis com PRES (Posterior Reversible Encephaloptic Síndrome). Aos 46 dias, sem recuperação clínica. O caso alerta para o risco da correção acelerada dos eletrólitos e para a limitação diagnóstica de entidades sem biomarcadores.

IMG 213

'HIPERPLASIA NODULAR FOCAL: QUANDO O ACHADO SURPREENDE

Ana Frederica Malheiro Passos Cruz Parente; Patrícia Tinoco Araújo; António Cardoso Fernandes; Lara Fazenda; António Ferreira; Duarte Lages Silva; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

Hospital Sta Luzia

Mulher de 20 anos, saudável. Recorreu ao SU por astenia, anorexia, mialgias e calafrios com 4 dias de evolução. Sob contraceptivo hormonal oral. Ao exame físico: T 38,4°C e abdómen indolor à palpação em todos os quadrantes. Massa palpável que se estende do quadrante superior direito até ao quadrante inferior direito, consistência não dura. Serologia EBV compatível com infeção aguda. Ecografia com nódulo hepático - adenoma/Hiperplasia nodular focal?; Admitida no internamento. RM abdominal: volumoso nódulo massa sólida com contornos bem definidos na vertente inferior do

lobo direito do fígado, de crescimento exofítico com 15,5x14.8x9.1cm, com áreas hipervasculares na fase arterial sugerindo adenoma. Febre com resolução após 5 dias com tratamento sintomático. Exérese da massa a posteriori, histologia com hiperplasia nodular focal, excluindo adenoma.

IMG 214

DO OBJETO AO ABCESSO: O PERIGO SILENCIOSO DE UM PALITO

Paula Alonso Merino; Inês Anacleto; Jimmy Martins;
Beatriz Cancela; João Oliveira; Joana Neves

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: Homem, 66 anos, institucionalizado e parcialmente dependente após AVC isquémico grave. Admitido por prostração, febre e hipotensão refratária. **O Mistério:** Apesar da clínica de sépsis, o foco era incerto. A TC revelou uma coleção hepática de 51mm (segmento III) compatível com abcesso e, um corpo estranho de 38mm no antro gástrico.

A Resolução: Uma endoscopia digestiva alta confirmou um palito de madeira encastrado na mucosa, que foi removido com sucesso.

O diagnóstico: Perfuração gástrica silenciada por sequelas neurológicas, culminando em abcesso hepático.

Conclusão: Este caso sublinha a vulnerabilidade de doentes com disfagia e a importância da perspicácia diagnóstica na Medicina Interna

IMG 215

NEOPLASIA MALIGNA MESENQUIMATOSA – DOENÇA AVANÇADA AO DIAGNÓSTICO

Ana Frederica Malheiro Passos Cruz Parente;
Patrícia Tinoco Araújo; Iara Fazenda; Alexandra Esteves;
Maria Vilela; Duarte Lages Silva; António Ferreira;
Cátia Barreiros; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues
Hospital Sta Luzia

Mulher, 60 anos. Neoplasia da mama aos 29 anos, tratada. Recorreu ao médico assistente em jan/2025 por distensão abdominal e edema dos membros inferiores com 2 meses de evolução. TC AP: massa expansiva do lobo direito com 17x12cm, heterogênea, com áreas de necrose; presença de implantes tumorais na escavação pélvica e cavidade peritoneal abdominal; imagens nodulares no folheto parietal peritoneal, sugestivas de carcinomatose peritoneal, a maior medindo 26x18mm; ascite de grande volume. Biópsia da massa hepática: neoplasia maligna mesenquimatosa (NMM). Diagnósticos: NMM e sarcomatose peritoneal. Orientada para consulta do grupo oncológico de tumores músculo-esqueléticos de outro hospital: sem condições para tratamento sistémico paliativo.

IMG 216

ASPERGILOSE PULMONAR: UM “PARTO” INUSITADO

Inês Luís; Sara Vieira Bernardo; Luísa Alvarenga;
Muhammad Issá; Maria João Lopes; Patrícia Pacheco
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Homem, 36 anos, com história de tuberculose pulmonar cavitada tratada (2024), apresentava agravamento progressivo da dispneia e tosse produtiva há 1 mês. A TC torácica revelou cavitações bilaterais e imagem alongada intracavitária no lobo superior esquerdo. Nas secreções brônquicas, a PCR *Mycobacterium tuberculosis* foi negativa, tendo sido identificadas hifas septadas compatíveis com *Aspergillus* spp. A PCR *Aspergillus* spp e Ag galactomanano foram positivos. A imagem evidencia uma morfologia invulgarmente alongada de aspergiloma pós-tuberculose. Por ausência de critérios clínicos de gravidade, optou-se por abordagem conservadora sem indicação cirúrgica perante parênquima pulmonar extensamente destruído com escassa reserva funcional.

IMG 217

DISPNEIA QUE REVELOU UM ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL GIGANTE

Sara Campos; Vanda Conceição; Nuno Bernardino Vieira
Hospital de Portimão

Introdução: O Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) gigante define-se por um diâmetro transversal >10 cm, sendo este raro e também porque a rutura > 8 cm acaba por limitar aneurismas com diâmetros extremos. Contudo, pode tornar-se uma emergência cirúrgica e um plano deve ser previamente delineado.

Caso clínico: Homem, 93 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e doença renal crónica, internado por pneumonia adquirida na comunidade. Por apresentar massa abdominal pulsátil, mas não expansível, realizou angio tomografia computadorizada que revelou AAA fusiforme distal 11x9 cm com trombo mural >50%.

Discussão: O AAA pode ser um achado incidental crítico. Em nonagenários frágeis, a decisão muitas vezes passa por ser conservadora. No entanto, mantém-se ainda essencial reconhecer, comunicar o risco e definir plano de segurança para o doente.

IMG 218

UMA IMAGEM INESPERADA

Carolina Paula; Diogo Smet; Ana Catarina Pina Pereira;
Mafalda Leal; Beatriz Barata; Sofia Salvo
Unidade Local de Saúde de São José

Homem, 83 anos, cronicamente algaliado, com história de doença renal crónica (DRC) e cistite rádica em contexto de radioterapia por neoplasia da próstata. Recorreu ao serviço de urgência por prostração e hipotensão. Apresentava agudização de DRC necessitando de indução dialítica, e hematúria persistente com ne-

cessidade transfusional múltipla.

Realizou embolização das artérias vesicais, mantendo contudo hematúria. Por dor abdominal com defesa e bacteriemia a *Enterococcus faecium*, foi pedida tomografia computadorizada, a revelar perfuração vesical com ponta de algália fora da loca vesical e colecção envolvente, sendo transferido para Urologia e submetido a intervenção cirúrgica urgente.

IMG 219

NÃO ERA CELULITE NEM CANDIDÍASE: UM CASO DE PSORÍASE ERITRODÉRMICA

Ana Patrícia Freitas; Sara Rocha;
Sara Videira Almeida; Inês Margarida Brito;
João Carrola Costa; Natália Pires
Hospital Pedro Hispano

Doente observada no serviço de urgência por eritema difuso descamativo, com cerca de 1 mês de evolução e agravamento progressivo. Realização prévia de anti-microbiano na presunção de se tratar de celulite bacteriana, sem melhoria. À admissão hospitalar, observada por Dermatologia e considerada hipótese de candidíase extensa e iniciado tratamento com antifúngico tópico e sistémico, mantendo agravamento. Apurada história prévia de psoríase e introdução recente de amlodipina à medicação crónica, coincidente com o aparecimento das lesões. Realizada biópsia cutânea que confirmou tratar-se de psoríase eritrodérmica. Os bloqueadores de canal de cálcio são triggers frequentes desta patologia. Suspendeu amlodipina e iniciou terapêutica tópica com betametasona, com resolução do quadro.

IMG 220

DISSECÇÃO DA AORTA: ELEVADO ÍNDICE DE SUSPEIÇÃO

Ana De Oliveira Parreira; Marco Ramos;
Pedro Mesquita; Rita Pinto; Alexandre Carvalho;
Céu Rodrigues
Hospital de Braga

Introdução: Sexo masculino, 60 anos, fumador. Dor torácica precordial intensa, em aperto, sem irradiação, seguida de síncope com recuperação espontânea da consciência, tonturas, náuseas e vômitos associados. Durante a permanência no serviço de urgência, com perfil hipotensivo. Realizada Tomografia computadorizada com sinais de dissecção aórtica tipo A de Stanford, origem na raiz da aorta e com extensão até a origem da aorta torácica descendente, extensão cranial para a porção proximal dos troncos supraórticos, com maior extensão na artéria subclávia. Doente admitido na sala de emergência com posterior transporte para centro de referência de cirurgia cardiotorácica.

IMG 221

PEDRAS NO CAMINHO? PODEM SER ZIRCÓNIO. UM ACHADO INTERESSANTE EM TC ABDOMINAL

Beatriz Saraiva Ferreira¹; Vasco Leonardo¹; Lurdes Cardoso¹;
Francisca Dâmaso¹; Angélica De Freitas E Lopes²;
Sofia Furtado¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Homem, 62 anos, admitido no Serviço de Urgência por náuseas e vômitos. Analiticamente com lesão renal aguda KDIGO 3 e hipercalémia (K+ 7 mmol/L). Realizou 970 mg de gluconato de cálcio e terapêutica espoliadora com 10g ciclossilicato de zircónio sódico e 10U de insulina rápida subcutânea. Após 2 horas, fez tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica para estudo de quadro abdominal que revelou: “material denso intragástrico e em ansas intestinais”. Assumiu-se como causa mais provável do achado a terapêutica com zircónio, um metal que se apresenta radiopaco/hiperdenso em exames de imagem como a radiografia ou a TC, uma propriedade relevante que pode mimetizar agentes de contraste ou outras substâncias radiopacas no trato gastrointestinal.

IMG 222

VOLVO DO CÓLON SIGMOIDE, SINAL EM “GRÃO DE CAFÉ”

Mariana Santos; Ana Filipa Fernandes; Patrícia Dias;
Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Doente de 89 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, cognitivamente íntegra, recorreu ao serviço de urgência por quadro com 6 dias de evolução de obstipação, dor e distensão abdominais. Como antecedentes, apresentava perturbação depressiva e alterações do trânsito gastro intestinal com períodos de diarreia alternando com períodos de obstipação, com 6 meses de evolução. Ao exame Objetivo apresentava abdómen distendido e timpanizado. A radiografia abdominal evidenciou distensão marcada do cólon com imagem típica em “grão de café”, sugestiva de volvo do cólon sigmoide. Foi realizada colonoscopia urgente que confirmou a área de torção entre os 15 e os 35 cm da margem anal, com mucosa congestiva e edemaciada, tendo sido efetuada descompressão endoscópica, com melhoria clínica. Este caso ilustra um achado imagiológico clássico de oclusão intestinal.

IMG 223

ENDOCARDITE AÓRTICA POR E. FAECALIS COM ABCESSO PERIAÓRTICO FISTULIZADO AO PERICÁRDIO

Paula Alonso Merino; Christian Neves; Jesus Viana; Inês Anacleto; Jimmy Martins; João Oliveira; Joana Neves
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Homem, 68 anos, com válvula aórtica bicúspide, internado por síndrome constitucional e febre. Bacteriemia por *Enterococcus faecalis* após procedimento dentário complicado por abcesso, levantando suspeita de endocardite. O ecocardiograma transesofágico mostrou vegetação, espessamento da raiz da aorta, derrame pericárdico e suspeita de abcesso fistulizado. Evoluiu com dor torácica pleurítica, elevação de troponina e agravamento do derrame. TC cardíaca confirmou abcesso periaórtico com pseudoaneurismas e fistulização pericárdica, traduzindo extensão perianular rara e grave, com perimiocardite associada, motivando avaliação cirúrgica urgente. Este caso revela a importância da identificação precoce de achados relevantes ecocardiográficos.

IMG 224

LEIOMIOSSARCOMA DISSEMINADO COM ENVOLVIMENTO TIROIDEU: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Joana Isabel Neto Gomes¹; Carolina Soares Lopes²; Gisela Moreira Pinheiro²; Danay Perez²

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa; ²ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Mulher de 60 anos avaliada por perda ponderal, 10 kg em 3 meses, dor abdominal nos quadrantes superiores e aumento do perímetro abdominal. Encontrava-se hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória. A tomografia computadorizada toraco-abdominopélvica revelou volumosa infiltração metastática hepática, múltiplos nódulos pulmonares, nódulo sólido no lobo direito da tireoide e trombose venosa femoral esquerda. A biópsia hepática evidenciou neoplasia mesenquimatosa fusocelular inicialmente compatível com leiomioma metastizante. A citologia do nódulo tireoideu evidenciou células fusiformes sem atipia significativa, enquadráveis no mesmo contexto. A revisão histopatológica, integrada com achados imagiológicos extensos, confirmou leiomiossarcoma metastizado. As imagens ilustram uma apresentação disseminada rara com envolvimento tireoideu.

IMG 225

MELANOMA INTRAOCULAR A SIMULAR DOENÇA VASCULAR DA RETINA

Susana Tânger Correia; Sofia Sequeira; Maria Beatriz Santos; Paulo Ávila; Leonor Monjardino
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

O melanoma intraocular é o tumor maligno primário mais frequente do olho em adultos, embora raro, e pode apresentar-se com sintomas visuais inespecíficos e mimetizar patologia vascular da retina. Apresenta-se o caso de uma mulher de 58 anos com hemianópsia esquerda, inicialmente diagnosticada com suboclusão de ramo da veia central da retina. Posteriormente, por agravamento da acuidade visual e hemorragia periférica retiniana, realizou ressonância magnética que revelou lesão intraocular esquerda com cerca de 11 mm e realce homogéneo após contraste, sugestiva de neoplasia. A avaliação em centro de referência confirmou melanoma intraocular, ilustrando a importância da imagiologia e da reavaliação diagnóstica perante evolução clínica atípica.

IMG 226

UMA FORMA POUCO COMUM DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Micaela Sousa; Teresa Guimarães Rocha; João Lopes Moraes; Joana; Helena Mauricio; Ugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

A Esclerose Múltipla é uma doença crónica em que o sistema imunitário ataca a mielina, a camada que protege as fibras nervosas.

Masculino, 24 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de esclerose múltipla. Recorreu ao serviço de urgência por crise epiléptica. Realizou TC-CE e RM-CE, que mostraram “alterações típicas no corpo caloso e pericalosas de esclerose múltipla. Em localização temporal direita observa-se lesão nodular com cerca de 3,2x3,0cm com marcado edema circundante compatível com esclerose múltipla tumefativa.” Discutido com neurologia, com indicação para corticoterapia. Após ciclo de corticoterapia, fez RM de reavaliação, onde se observou redução do foco de esclerose múltipla tumefativa. Durante o internamento sem novos episódios de crises convulsivas. Teve alta com seguimento em Neurologia.

IMG 227

QUANDO A DOR NO OMBRO ESCONDE UM SARCOMA ÓSSEO GIGANTE

Susana Tânger Correia; Sofia Sequeira; Maria Beatriz Santos; Felipe Zuluaga; Paulo Ávila
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: Apresentamos o caso de um homem de 38 anos com dor no ombro esquerdo e limitação funcional com vários meses de evolução. Inicialmente, foi assumida patologia musculoesquelética. A persistên-

cia das queixas motivou investigação imagiológica. A ressonância magnética revelou volumosa massa centrada na omoplata esquerda com infiltração muscular. A tomografia computadorizada evidenciou extensa lesão heterogênea com destruição óssea da omoplata e volumoso componente de partes moles, medindo cerca de 17 centímetros, sugestiva de neoplasia óssea primária. Foi realizada biópsia percutânea que confirmou osteossarcoma de alto grau. As imagens ilustram a dimensão e agressividade do tumor, sendo que a suspeita precoce tem impacto no prognóstico.

IMG 228

TUBERCULOSE MEDIASTÍNICA ISOLADA COMO CAUSA DE FEBRE PROLONGADA

Susana Tânger Correia; Sofia Sequeira;
Maria Beatriz Santos; Felipe Zuluaga; Paulo Ávila
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

A tuberculose extrapulmonar pode cursar com manifestações inespecíficas, sendo um desafio diagnóstico. Apresentamos o caso de uma mulher de 32 anos, natural de Cabo Verde, saudável, com febre com quatro semanas de evolução, dor torácica pleurítica e artralhas. Analiticamente, com elevação da proteína C-reativa e monocitose. A tomografia computadorizada revelou múltiplas adenopatias mediastínicas com áreas de necrose. A ecoendoscopia brônquica com punção ganglionar confirmou linfadenite granulomatosa necrotizante por *Mycobacterium tuberculosis*. Este caso evidencia a necessidade de suspeição desta entidade, mesmo sem sintomatologia respiratória, e a importância da imagiologia e punção ganglionar na marcha diagnóstica de febre prolongada.

IMG 229

SARCOPTES SCABIEI: O DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM CASO DE DERMATOSE GENERALIZADA

Desirée Farinha; João Barroso; Cláudia Abreu De Jesus;
Mónica Reis; Luís Cuña
Hospital de Vila Franca de Xira

A sarna crostosa é uma forma rara e exuberante de escabiose, frequentemente confundida com outras dermatoses no idoso. A sua elevada carga parasitária torna o diagnóstico precoce vital para o controlo de surtos institucionais. Mulher, 87 anos, internada por bacteriemia por *K. pneumoniae* e endocardite aórtica. Desenvolveu dermatose eritemato-descamativa generalizada, interpretada inicialmente como toxidermia. Perante o agravamento clínico com pápulas pruriginosas, as biópsias confirmaram sarna crostosa. Instituiu-se terapêutica com permetrina tópica e queratolíticos com sucesso. O caso destaca a dificuldade diagnóstica nesta faixa etária, sublinhando a importância da suspeita clínica perante lesões resistentes.

IMG 230

ISCHEMIC EMPHYSEMATOUS GASTRITIS: PASSING GAS WHERE IT SHOULD NOT BE

Diogo Moura Rodrigues; Catarina Alves Costa;
José Moura De Meireles; Margarida França
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

A 90 year old man presented with vomiting, diarrhea, and abdominal tenderness that began 2 days before. Initial workup included an abdominal film (A), showing distended bowel loops and stomach. CT angiography (B, C) revealed gastric and hepatic pneumatosis, with signs of gastric wall ischemia and gastropiploic venous stasis. He was admitted for symptom control and bowel rest, given the overall frailty. After a 3 week favorable improvement, he was discharged home.

Ischemic emphysematous gastritis is a life-threatening condition, due to vascular compromise, systemic hypoperfusion, or embolic events. The stomach's rich collateral blood supply makes it rare. This case was an exception, as a fatal outcome is the more frequent scenario.

IMG 231

ENTRE O ABCESSO E O EXANTEMA: RECONHECER SÍNDROME DE DRESS EM CONTEXTO INFECIOSO

Tânia Pereira Da Silva; Rodrigo Rufino; Rosana Maia;
Isabel Trindade; Glória Sousa Alves
ULSAAVE

Homem, 35 anos, sob antibioterapia (ATB) com piperacilina e tazobactam no contexto de abscesso hepático. Ao D18 de ATB início de febre (T_{máx} 39,6°C) e rash pruriginoso disperso na região do tronco e do dorso. Repetido TC Abdominal que revelou resolução do abscesso, pelo que suspende ATB com melhoria clínica. Quatro dias depois recorre ao Serviço de Urgência por rash maculopapular disperso. Analiticamente: 1300 eosinófilos e elevação das enzimas hepáticas. Assumido diagnóstico de Síndrome de Dress, tendo tido alta medicado com corticoterapia e anti-histamínico, orientado para consultas de Dermatologia e Imunoalergologia.

O Síndrome de DRESS deve ser considerado em doentes sob ATB prolongada. O seu diagnóstico depende principalmente da relação temporal com o fármaco e da exclusão de foco infeccioso. O seu reconhecimento precoce é importante para prevenir complicações.

IMG 232

VISÃO DUPLA NA ESTRADA: QUANDO UM NEUROCITOMA SE REVELA

Daniel Lima Alves; Iara Fazenda; Ana Frederica Parente; Maria Muchata; Miguel Torrinhos; António Fernandes; Ana Rita Oliveira; Daniela Salgueiro; João Pedro Pais; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Homem de 34 anos, motorista de pesados, sem antecedentes relevantes, recorre ao Serviço de Urgência por cefaleias progressivas com três semanas de evolução, associadas a episódios transitórios de diplopia durante períodos prolongados de condução. A tomografia computadorizada craniana revelou lesão ocupando espaço inter-hemisférica, parcialmente calcificada, com cerca de 54 mm, condicionando hidrocefalia. A ressonância magnética confirmou tumor intraventricular volumoso. Foi submetido a craniotomia com exérese, tendo o estudo histológico revelado neurocitoma central grau 2 (OMS). O caso evidencia o papel da imagiologia na identificação de tumores intraventriculares associados a hipertensão intracraniana.

IMG 233

SILICOSE PSEUDOTUMORAL MACIÇA: EVOLUÇÃO TARDIA

Margarida Miguel Paraíso; Rita Pratas; Francisco Neves; Ana Luísa Rodrigues; Cristina Peixoto; Paulo Almeida; Jorge Almeida

Ch Sao Joao - S Joao

Homem, 70 anos, com antecedentes de silicose pseudotumoral diagnosticada aos 54 anos, após 17 anos de exposição ocupacional (escavações hidráulicas), ex-fumador, com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) Admitido no Serviço de Urgência por insuficiência respiratória global de novo, com acidemia respiratória. A radiografia torácica evidenciava estágio avançado de silicose, tendo o quadro sido interpretado como doença pulmonar estrutural avançada, provavelmente por progressão da silicose, tendo tido alta com indicação para oxigenoterapia de longa duração. Este caso ilustra a possível dissociação clínico-imagiológica ao longo da evolução da silicose. Salienta ainda que, apesar de longos períodos de estabilidade clínica, pode ocorrer progressão tardia da doença, culminando no desenvolvimento de insuficiência respiratória em fases avançadas.

IMG 234

CRITÉRIOS DE DUTCH LIPID CLINIC NETWORK (DLCN) NA PRÁTICA CLÍNICA

Rita Maria Marques Gonçalves Ferreira Pinto; Marco Ramos; Ana Parreira; Filipa Cunha; Alexandre Carvalho; Céu Rodrigues

Unidade Local de Saúde de Braga

Mulher, 51 anos, assintomática. Dislipidemia desde os 20 anos (primeira ficha lipídica) e antecedentes familiares de dislipidemia e doença cardiovascular precoce. Analiticamente cCT 258mg/dL, cLDL 192mg/dL, cHDL 26mg/dL e triglicérides 182mg/dL. Ao exame físico com arco corneano bilateral. O estudo genético confirmou hipercolesterolemia familiar (HF) por mutação do recetor LDL. Medicada com estatina em alta dose e ezetimibe, com redução do cLDL para 65mg/dL. O arco corneano é um depósito lipídico no limbo corneano, formando um anel branco, cinza ou azul. É um marcador crónico e irreversível de exposição prolongada a cLDL elevado, sendo um dos critérios major de *DLCN score*.

IMG 235

MIMETISMO IMAGIOLÓGICO: METÁSTASE ÓSSEA COM APRESENTAÇÃO SUGESTIVA DE CORDOMA

Ana Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Beatriz Oliveira; Raquel Almeida

Hospital Beatriz Ângelo

A caracterização imagiológica de lesões sacrococcígeas constitui um desafio diagnóstico relevante, particularmente quando coexistem neoplasias pélvicas potencialmente invasivas. Apresenta-se o caso de um homem de 54 anos com adenocarcinoma do reto localmente avançado, cuja ressonância magnética revelou lesão a envolver as últimas vértebras coccígeas, com destruição cortical e exuberante componente de partes moles. O padrão de sinal, a morfologia expansiva e a localização mediana levantaram a hipótese de metastização óssea, mas também de tumor primário do sacro, nomeadamente cordoma. A sobreposição de características imagiológicas e o contexto clínico condicionaram significativa incerteza diagnóstica, com impacto direto na estratégia terapêutica, tornando imprescindível a confirmação histológica para adequada orientação oncológica.

IMG 236

SIDA INAUGURAL: ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO E PULMONAR

Rita Maria Marques Gonçalves Ferreira Pinto; Rui Silva; Catarina Araújo; Cristina Ângela; Alexandre Carvalho

Unidade Local de Saúde de Braga

Homem, 41 anos, com afasia, lentificação motora e tosse hemoptoica. A TC torácica mostrou focos pseudonodulares e a RM cranioencefálica múltiplas lesões em anel com edema. Serologias para VIH e toxoplas-

mose positivas, com linfócitos T CD4+ 31/uL e carga vírica de 467 000 cópias/mL, compatível com SIDA e toxoplasmose cerebral. A broncofibroscopia revelou um sarcoma de Kaposi, confirmado histologicamente. A toxoplasmose cerebral e o sarcoma de Kaposi são apresentações tardias de infecção por VIH, traduzindo imunossupressão severa. Alterações neurológicas e pulmonares atípicas em doentes jovens devem motivar a pesquisa de VIH, essencial para um tratamento precoce e redução da morbimortalidade.

IMG 237

DUPLO CORAÇÃO

António Malcata; Inês Santos; Ana Catarina Manaças; Liliana Santos; Teresa Passos Da Fonseca; Carolina Carreiro
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Este caso representa uma apresentação atípica de neoplasia do pulmão. Após vários meses de queixas de perda de peso, disfagia e cansaço, um homem de 62 anos recorre ao Serviço de Urgência. A TC realizada, assim como a clínica, sugeriam neoplasia esofágica. A biópsia de endoscopia digestiva alta não tinha alterações. Só após a biópsia da massa é que se fez o diagnóstico definitivo: carcinoma de células não pequenas do pulmão. Na altura do diagnóstico a neoplasia já estava metastizada.

A disfagia deveu-se a compressão extrínseca pela exuberante massa, como é evidente na imagem de TC que revela a sonda nasogástrica dentro do esófago praticamente colapsado sobre a sonda.

Destaca-se a aparente inocência do raio-X mas que escondia uma perigosa massa posterior ao coração.

IMG 238

NEM SEMPRE É METÁSTASE: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE UMA LESÃO EXPANSIVA INTRACRANIANA

Marta Reisinho Mesquita; Inês Pinto Rodrigues; André Sousa Vares; Cristina Miranda; Rita Matos Sousa; Ana Rita Marques
ULS de Braga

Défices neurológicos focais associados a lesões expansivas intracranianas exigem estudo etiológico extenso, para exclusão de causas secundárias como doença metastática.

Mulher, 79 anos, com hemiparésia direita e força muscular grau 2 ao exame neurológico. Imagem cerebral revelou lesão expansiva, tendo sido internada para estudo. Investigação complementar, incluindo imagem toracoabdominopélvica, excluiu neoplasia oculta noutra local. Ressonância magnética cerebral revelou volumosa lesão parietal esquerda com compressão ventricular e desvio da linha média, sugestiva de tumor glial primário.

O caso ilustra a importância da exclusão sistemática de causa secundária perante lesões intracranianas, não descurando no entanto as etiologias primárias.

IMG 239

HÉRNIA DO HIATO: UM ACHADO INSUSPEITO

André Sousa Vares; Rita Matos Sousa; Marta Reisinho Mesquita; Inês Pinto Rodrigues; Cristina Miranda; Ana Rita Marques
Hospital de Braga

Doente do sexo masculino, 98 anos, com antecedentes de enfisema pulmonar, trazido ao serviço de urgência por polipneia com cerca de 3 dias de evolução, tendo iniciado no lar oxigenoterapia a 1 litro por minuto para manter saturações de oxigénio superiores a 90%. Sem outros sintomas. No sentido de excluir infeção respiratória foram pedidos exames complementares, sendo que a radiografia de tórax revelou a hérnia do hiato, provavelmente a contribuir para a má qualidade das trocas respiratórias.

IMG 240

SOB PRESSÃO: A ROTURA DE UM ANEURISMA DA AORTA

Maria De Belém Coelho; Paulo Correia; Sandra Ganchinho Lucas; Luísa Rebocho
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Homem de 67 anos, autónomo, recorre ao SU por dor hipogástrica súbita e intensa com irradiação lombar. Sem antecedentes de relevo. À admissão: tensão arterial 151/96 mmHg, dor à palpação peri-umbilical e edema pré-tibial bilateral. Sem alterações analíticas. AngioTC tóraco-abdomino-pélvica: aneurisma da aorta abdominal com 7,5 x 8,8 cm, desde a artéria renal até à bifurcação ilíaca, associado a volumoso trombo mural com sinais de instabilidade parietal e rotura eminente. Transferido para Cirurgia Vascular e submetido a bypass aorto-femoral, com evolução desfavorável e óbito. Os aneurismas da aorta abdominal são geralmente assintomáticos até à sua rotura, com uma taxa de mortalidade de 59-83% pré chegada ao hospital ou ao bloco operatório.

IMG 241

CALCIFILAXIA COMO CAUSA PROVÁVEL DE NECROSE CUTÂNEA E SÉPSIS EM DOENTE HEMODIALISADO

Geraldo Assunção; José Brizuela; Lília Castelo Branco; Raquel Leitão; Andreia Diegues; Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

A calcifilaxia, ou calcificação vascular urémica, é uma complicação rara e grave da doença renal crónica terminal, caracterizada por calcificação da microvasculatura cutânea, isquemia e necrose dolorosa da pele. Afeta predominantemente doentes em hemodiálise. Apresenta-se o caso de um homem de 66 anos, hemodialisado, com antecedentes de hipocoagulação com varfarina, altamente sugestivo de calcifilaxia. É possível observar lesões cutâneas iniciais nos membros inferiores, com bolhas de conteúdo seroso e áreas de

necrose (imagens 1 e 2). Posterior agravamento e progressão fulminantes, com necrose extensa e profunda (imagem 3), acompanhada de sinais de infecção e sépsis apesar da antibioterapia, culminando em morte ao fim de 10 dias pós surgimento das lesões. A identificação precoce destas lesões sugestivas é fundamental dada a evolução rápida e letal nestes casos.

IMG 242

O ATINGIMENTO SISTÊMICO DA CALCIFILAXIA

Tomás Bragança Ribau¹; Carla Maravilha²; Natália Pires²; Ana Brasil²; Rosa Ruano¹; Mário Bibi²

¹ PO Porto; ²ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Mulher de 44 anos, com síndrome metabólica desde a adolescência, incluindo Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada, com nefropatia diabética a condicionar início de hemodiálise em Dezembro de 2024, hipocoagulada com antagonista da vitamina K por trombozes venosas de repetição.

Em Agosto de 2025 internada por lesão ulceronecrotica de grandes dimensões, 25 cm por 15 cm, com perda de substância envolvendo toda a espessura cutânea até à fáscia.

Durante o internamento com vários eventos isquémicos em diversos territórios (dermatológico; esplénico e cerebral) filiadas à calcifilaxia.

Apresentam-se imagens de tomografia computadorizada abdomino-pélvica e radiografia dos membros inferiores demonstrando calcificação de artérias de grandes, médias e pequenas dimensões.

IMG 243

SWIRL MESENTÉRICO: DIAGNÓSTICO INESPERADO EM CONTEXTO DE CÓLICA BILIAR

André Santos; Ana Soares,; Sara Frazão De Brito; João Horta Antunes; Telma Cabral; João Espírito Santo

Hospital Beatriz Ângelo

Volvo do intestino médio é uma entidade rara, associada a mal-rotação intestinal congénita. Apenas 0,2–0,5% são identificados em adultos, dos quais ~15% evoluem em volvo sintomático.

Mulher de 26 anos, natural de Angola. Quadro de dor abdominal recente por litíase vesicular.

Recorreu ao serviço de urgência por agravamento de dor, com refratariedade a terapêutica analgésica. Repetiu TC abdomino-pélvica que revelou “swirl sign” vascular envolvendo duodeno e jejuno, sugestivo de volvo mesentérico. Encaminhada para abordagem cirúrgica emergente.

Este caso ilustra uma causa rara de abdómen agudo em adultos jovens em setting de urgência. A mal-rotação intestinal resulta da fixação anómala do intestino entre a 5.^a e 12.^a semanas de gestação, predispondo à torção em torno da artéria mesentérica superior. A TC é essencial, sendo o “whirlpool/swirl sign” um achado chave.

IMG 244

ARTRITE EROSIVA GRAVE DAS MÃOS COM SUSPEITA DE PADRÃO MUTILANTE

Tiago Alexandre; Alexandra Avila; Nuno Bernardino Vieira

Hospital Portimão

A artrite psoriática pode apresentar-se como uma verdadeira emergência reumatológica, sobretudo em formas erosivas graves, como ilustrado nesta imagem. Este doente, observado na consulta de doenças autoimunes, apresentava artrite periférica e axial ativa há pelo menos 3 anos, sem controlo prévio, patient global assessment de 8, ausência de lesões cutâneas mas com uma unha acometida e já com dano marcado. Foi iniciado tratamento personalizado com metotrexato e um inibidor COX2, tendo em conta a presença de diabetes e doença renal crónica estadio 3, salientando a necessidade de intervenção precoce com DMARD(droga antireumática modificadora de doença) para travar a sua progressão.

IMG 245

HEPATITE ENFISEMATOSA: UMA RARA INFECÇÃO HEPÁTICA DE EVOLUÇÃO FULMINANTE

Desirée Farinha; João Barroso; Cláudia Abreu De Jesus; Mónica Reis; Luís Cuña

Hospital de Vila Franca de Xira

A hepatite enfisematosa é uma entidade clínica rara, caracterizada pela presença de gás intra-hepático secundário a infeção por microrganismos produtores de gás. Apresenta elevada mortalidade e associa-se frequentemente a doentes idosos e com comorbilidades. Descreve-se o caso de uma mulher de 92 anos admitida por dor abdominal e vómitos. TC abdominal revelou múltiplas lesões gasosas hepáticas, compatíveis com hepatite enfisematosa. Laboratorialmente destacavam-se citocolestase marcadas, hiperlipasemia e acidose metabólica. Iniciou antibioterapia de largo espetro, com evolução rapidamente desfavorável. Este caso ilustra uma forma rara e devastadora de infeção hepática, de diagnóstico imagiológico fundamental.

IMG 246

MARCAS DO TRABALHO QUE FICAM PARA A VIDA – TATUAGEM OCUPACIONAL DE CARVÃO

Ana Isabel Monteiro; Rita Teixeira; Ana Morgado; Teresa Sequeira; Catarina Mendonça; Paulo Paiva

Unidade Local de Saúde de Santo António

As tatuagens de carvão, ou *Colliers' Stripes*, são uma dermatose ocupacional resultante do depósito de pó de carvão em lacerações cutâneas em áreas expostas, originando pigmentação azul-acinzentada permanente, e representavam marcas visíveis da atividade profissional dos mineiros. Apresentamos esta complicação num doente de 87 anos, com exposição ocupacional em minas de carvão, com pneumoconiose associada e síndrome metabólica completo. Com a introdução de

equipamentos de proteção individual, e com o eventual término da atividade mineira de carvão em Portugal, esta manifestação tornou-se infrequente, e a sua descrição na literatura mais rara. Não devendo cair no esquecimento, a sua documentação mantém relevância histórica e médica, constituindo uma “tatuagem” das condições laborais do passado e lembrando a importância da prevenção em saúde ocupacional.

IMG 247

AVC NA SEQUÊNCIA DE COMPRESSÃO VASCULAR

Pedro Carrilho; Diogo Junho; Rui Resende Bastos;
João M. Correia; Tiago Sepúlveda Santos

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O acidente vascular cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de morbimortalidade no idoso. A maioria dos eventos está associada a etiologias ateroscleróticas ou cardioembólicas, mas devem ser consideradas causas como a compressão vascular extrínseca. Apresenta-se o caso de uma mulher de 89 anos, com factores de risco cardiovasculares, que iniciou hemihipostesia direita com envolvimento da face. Angio-TC-CE com pequeno meningioma extra-axial com implantação dural no ápex petroso direito. A RM-CE confirmou localização na cisterna pré-pôntica direita, com ansa vascular da artéria cerebelosa ântero-inferior direita moldando o trajeto cisternal do trigémeo.

IMG 248

DISSEÇÃO DA AORTA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Andreia Correia Bulhão; Joana Oliveira Graça;
Sara Oliveira Gomes; Inês Pereira De Oliveira;
Cláudia Silva; Marta Oliveira Ferreira

Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Homem de 60 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor retrosternal sem irradiação. Eletrocardiograma (ECG) sem alterações. Por agravamento da dor realizou angioTC. Homem de 62 anos, autónomo. Antecedentes de factores de risco vasculares. Recorreu ao SU por dor torácica em aperto súbita com irradiação para a mandíbula. ECG e troponinas sem alterações, D-Dímeros elevados. Realizou angioTC.

Em ambos os casos verificou-se disseção aórtica (DA) Stanford A, desde a raiz até à emergência das artérias renais.

Apresenta-se esta imagem porque a DA é uma emergência cardiovascular, associada a elevada mortalidade. A identificação precoce é fundamental para melhorar o prognóstico.

IMG 249

HIPERPIGMENTAÇÃO DAS PREGAS DIGITAIS NA ANEMIA MACROCÍTICA POR DÉFICE DE VITAMINA B12 E ÁCIDO FÓLICO

R. Susana Loureiro; Filipa Daniela Silva;
Isabel Apolinário; Guilherme Castro Gomes;
Ana Luísa Azevedo

Unidade Local de Saúde de Braga

A anemia macrocítica constitui uma alteração hematológica frequentemente associada a perturbações da síntese de dna, sendo os défices de vitamina b12 e ácido fólico das etiologias mais prevalentes. Estas alterações resultam numa eritropoiese ineficaz, traduzida por macrocitose e índice de reticulócitos diminuído. Para além das manifestações hematológicas, podem ocorrer alterações mucocutâneas: hiperpigmentação cutânea, particularmente evidente nas pregas digitais. Este é um caso de uma mulher, 66 anos, com antecedentes desta alteração hematológica, desde de 2021, caracterizada por índice de reticulócitos diminuído, no qual se observou hiperpigmentação acentuada das pregas digitais. A imagem apresentada ilustra um achado clínico pouco reconhecido, mas potencialmente relevante no contexto da avaliação etiológica da anemia macrocítica.

IMG 250

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POR ROTURA DE PSEUDOANEURISMA NA PANCREATITE CRÓNICA AGUDIZADA

Fátima Alexandra Machado Cereja;
Miguel Prista Monteiro; Catarina Aguiar;
Mariana Lourenço Figueiras; Bruno Peixe;
Javier Moreno Furtado

Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

O hematoma subcapsular hepático secundário à rotura de pseudoaneurisma constitui uma complicação vascular rara e potencialmente fatal da pancreatite crónica agudizada. As artérias esplénica e gastroduodenal são frequentemente envolvidas e podem cursar hemorragia grave, hemobilia ou choque hemorrágico, com elevada morbimortalidade.

Apresenta-se o caso de um homem de 67 anos internado por pancreatite crónica agudizada, cuja TC abdominal revelou volumosa coleção subcapsular hepática compatível com hematoma por rotura de pseudoaneurisma. O quadro evoluiu com falência multiorgânica, necessitando de suporte multiorgânico em cuidados intensivos. Após embolização endovascular e drenagem percutânea da coleção, verificou-se melhoria clínica e imagiológica progressiva

IMG 251

PNEUMOMEDIASTINO EXUBERANTE ASSOCIADO A INFECÇÃO POR INFLUENZA A NUM ADULTO JOVEM SAUDÁVEL

Joana Araújo Correia; Inês Domingues;
Tetiana Shara; Mafalda Sequeira; Inês Fonseca Marques
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

A infecção por Influenza A geralmente cursa com uma clínica respiratória ligeira e autolimitada no adulto jovem. No entanto, há exceções.

Homem, 34 anos, sem antecedentes conhecidos, vem à Urgência por quadro de febre, dispneia, tosse produtiva e vômitos alimentares incoercíveis desde há 7 dias. Por hipoxémia grave, fez pesquisa de vírus respiratórios, que foi positiva para Influenza A, e TC torácica que revelou a presença de volumoso enfisema subcutâneo a nível cervical e extenso pneumomediastino. Assumiu-se como provável Síndrome de Boerhaave. Realizou oxigenoterapia e oseltamivir com boa evolução.

Remeto as imagens pela apresentação clínica e imagiológica exuberante de um caso de pneumonia a Influenza A num doente jovem, sem comorbilidades.

IMG 252

TRÊS VÁLVULAS, DUAS TAVIS E SÍNDROME CARDIORRENAL GRAVE: IMAGEM DE UM SOBREVIVENTE

Victor Marquez; Irene Marques
Unidade Local de Saúde de Santo António

Homem de 75 anos portador de prótese biológica aórtica por estenose aórtica grave condicionando insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada. Por síndrome cardiorrenal grave com oligonúria foi internado e iniciou diálise. O ecocardiograma mostrou regurgitação intraprotésica grave. Após melhoria clínica foi submetido a colocação de TAVI *valve-in-valve*. Como complicação, a primeira TAVI embolizou, ficando alojada na origem da artéria subclávia esquerda, sendo colocada uma segunda TAVI em posição regular. Um ano depois apresenta IC classe I NYHA e TFG=70/mL/min/1.73 m².

Nas descompensações da IC é fundamental identificar o fator precipitante. Nos portadores de prótese valvulares o despiste de disfunção protésica é obrigatório.

IMG 253

CAVITAÇÃO PULMONAR: MAIS DO QUE UMA PNEUMÔNIA

Eduardo Viana; Cláudio Coelho; Nereida Monteiro;
Rafael Freitas; Lara Fazenda; Daniel Lima Alves;
Ana Garrido Gomes
ULSAM

A pneumonia cavitada é uma infecção pulmonar caracterizada por necrose do parênquima pulmonar, com maior incidência em doentes com doença pulmonar prévia, imunossupressão e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 92 anos de idade, com antecedentes pessoais de DM2 e doença pulmonar obstrutiva crónica. Admitida por sépsis, com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade cavitada. Inicialmente, sem resposta a antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina com manutenção de insuficiência respiratória. Posteriormente, após isolamento de *P. aeruginosa* em cultura de secreções brônquicas, foi dirigida antibioterapia com meropenem durante 2 semanas com posterior resolução clínica.

IMG 254

PUSTULOSE EXANTEMÁTICA AGUDA: A IMPORTÂNCIA DA SUA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE

Maria De Pinho Marques; Jéssica Oliveira;
Rita Ribeiro Vilar; Ana Rita Tomás; Inês Filipe;
Daniela Madeira; Ana Órfão
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Homem de 61 anos, autónomo, com alergia medicamentosa a cotrimoxazol, eritromicina, imipenem, levofloxacina e ciprofloxacina. No Serviço de Urgência, por infecção de foco urinário, iniciou cefuroxima. Um dia depois, apresentou exantema generalizado pruriginoso, edema facial, temperatura subfebril, leucocitose (18300/uL) e PCR elevada (12.31 mg/dL). Apesar da alteração do antibiótico para piperacilina-tazobactam, após 48 horas, apresentou agravamento progressivo do exantema, com evolução para pústulas e aparecimento de angioedema da língua. Assumida provável pustulose exanemática aguda generalizada, tendo iniciado terapêutica com anti-histamínico, corticoterapia tópica e sistémica, bem como suspensa a antibioterapia, com melhoria do exantema e resolução completa das pústulas.

IMG 255

QUANDO A ANATOMIA É A CAUSA: UM CASO DE SÍNDROME DE MAY-THURNER

Eduardo Viana; Cláudio Coelho;
José Miguel Gonçalves; Inês Ferreira;
Rafael Lopes Freitas; Nereida Monteiro;
Lara Fazenda; Ana Garrido Gomes
ULSAM

Sexo feminino, de 55 anos, com antecedentes de trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior esquerdo (MIE), inicialmente atribuída a contraceptivo oral (suspensão) e hipocoagulada com dabigatrano durante 3 meses. Reavaliada por agravamento de edema e dor crónica do MIE foi solicitada Angio-TC que revelou oclusão extensa das veias ilíaca comum e externa esquerdas, com circulação colateral exuberante, compatível com trombose antiga e sugestiva de síndrome de May-Thurner. Ecodoppler mostrou permeabilidade femoro-poplítea com oclusão proximal do setor ilíaco. Estudo analítico trombofílico negativo. Foi decidido

reintroduzir hipocoagulação e referenciar para Cirurgia Vascular, para ponderar abordagem endovascular. O caso destaca a importância de considerar causas anatômicas subjacentes em TVP de causa desconhecida e persistência de sintomas.

IMG 256

UM PÂNCREAS FORA DO SÍTIO

Bebiana De Sousa; Ana Catarina Camarneiro;
Maria Miguel Silva Santos; Inês Coutinho;
Inês B. Mesquita; Rosário Santos Silva
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução: A prevalência de hérnia do hiato na população adulta é de 10-50%. Formas gigantes e com herniação de órgãos extragástricos como o pâncreas são raras (<10% dos casos).

Imagem: Mulher, 73 anos, em estudo por sintomas sugestivos de neoplasia colorretal, posteriormente confirmada imagiologicamente. No decurso da avaliação, a radiografia de tórax revelou volumosa imagem retro-cardíaca sugestiva de hérnia hiatal. A TAC confirmou exuberante hérnia hiatal com herniação de múltiplas vísceras abdominais para o hemitórax direito, incluindo estômago, corpo e cauda do pâncreas, vasculatura esplênica e mesentério, a condicionar colapso parcial do lobo inferior direito. A herniação pancreática pode associar-se a complicações como pancreatite aguda, isquémia esplênica ou insuficiência respiratória. Achado raro, mais frequentemente descrito em doentes idosos.

IMG 257

O CATETER QUE FICOU PARA TRÁS: REMOÇÃO INCOMPLETA COMO CAUSA DE FEBRE?

Baltazar Oliveira; Mariana Alves; Marta Amaro; Rita Calixto
Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Os autores apresentam um caso de uma doente de 23 anos de idade, do sexo feminino, com antecedentes de glioma quiasmático-hipotalâmico não associado a NF1 e portadora de shunt ventriculoperitoneal por hidrocefalia associada a glioma, com história de cateter venoso central subclávio esquerdo implantado, submetido a remoção em Maio de 2024, com múltiplos internamentos no final de 2024 e início de 2025 por febre sem foco esclarecido. Após revisão do caso e reavaliação de imagens de TC de Tórax (com e sem contraste), identificou-se presença de fragmento de CVC subclávio esquerdo não totalmente removido. O caso evidencia a importância da reavaliação imagiológica na investigação de febre de origem indeterminada.

IMG 258

SURPRESA INTRAVESICAL: UM MACROCÁLCULO DE 5 CM EM EXPANSÃO

Inês Canha Da Silva; Lumira Marques;
Mafalda Hipólito Reis; Flávio Quadrado;
Eduardo Santa; João Barrigó; Margarita Urquiola
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Tomografia computadorizada de homem de 46 anos, natural do Nepal, trabalhador agrícola, admitido no Serviço de Urgência por retenção urinária, dor lombar e disúria. O exame revelou volumoso macrocálculo intravesical ovalado com cerca de 5 cm de diâmetro e densidade cálcica, condicionando uretero-hidronefrose bilateral. A composição é sugestiva de oxalato ou fosfato de cálcio. Trata-se de uma apresentação rara de litíase urinária, inicialmente confundida com corpo estranho. A formação de macrocálculos associa-se a estase vesical e infeções urinárias, permitindo deposição concêntrica progressiva de sais minerais e crescimento gradual. Num contexto social vulnerável e perante longa espera cirúrgica, surge a questão: até que dimensão poderá crescer este cálculo?

IMG 259

SEQUELA DE UM FENÓMENO DE RAYNAUD?

Ricardo Mendes
ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Medicina^{2,3}

Jovem de 20 anos, sexo masculino, com esclerose sistémica (anti-Scl70+), de evolução rápida e envolvimento cardíaco precoce e grave, que motivou transplante autólogo de células estaminais seguido de transplante cardíaco. Apresentava ainda envolvimento cutâneo, gastrointestinal, vascular e fenómeno de Raynaud frequente, não só digital mas também nasal, associado a úlceras em ambas os locais. Após os transplantes foi identificada uma perfuração assintomática do septo nasal. Este achado, raro e pouco descrito na esclerose sistémica, reflete provavelmente a vasculopatia crónica característica da doença. A sua documentação imagiológica contribui para ampliar o espectro de manifestações clínicas da esclerose sistémica e reforça a importância da observação cuidadosa de alterações noutros sistemas e órgãos, nomeadamente ORL, em doentes com doença sistémica.

IMG 260

ARTROPATIA GOTOSA TOFÁCEA AVANÇADA: QUANDO A HIPERURICEMIA DEFORMA A MÃO

Mari Angela N. Lopes¹; Dília Valente¹;
Roberto Calças Marques²; Nuno Bernardino Vieira¹
¹Hospital de Portimão; ²Hospital de Faro

Homem 58 anos com doença renal crónica e artropatia gotosa de longa evolução, incumpridor terapêutico recorreu à Urgência por dor articular apesar da toma de diclofenac. Apresentava volumosas massas nodula-

res nas articulações metacarpofalângicas, compatíveis com tofos gotosos, algumas com ulceração cutânea e exteriorização de material esbranquiçado pastoso, característico de depósitos de urato monossódico. O caso ilustra uma forma avançada de artropatia gotosa tofácea, resultante da deposição crónica de cristais de urato nas articulações e tecidos periarticulares, evidenciando a morbilidade potencial da doença quando não tratada adequadamente, reforçando a importância do diagnóstico precoce e do controlo sustentado da hiperuricemia

IMG 261

ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: UMA BOMBA-RELÓGIO

Marco Marta; Narciso Oliveira; Vanessa Palha; Ana Sá;
Beatriz Santos; Miguel Antunes
Hospital de Braga

Homem, 74 anos, autónomo, com hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, fumador (32 UMA) e fibrilhação auricular, observado por dor abdominal súbita iniciada há 2 horas; ao exame apirético, hipotenso (80/60 mmHg), taquicárdico, abdómen doloroso à palpação, sem massas e sopros audíveis, pulsos femorais presentes e simétricos. Rápido agravamento clínico com dessaturação com insuficiência respiratória tipo 2, levando a ventilação não invasiva, fluidoterapia e suporte aminérgico. Angio-TC abdominal revelou aneurisma da aorta abdominal infra-renal de 9,8cm, com rotura e volumoso hematoma retroperitoneal. Apesar da intervenção cirúrgica urgente, o doente faleceu. Este caso ilustra a importância da suspeição diagnóstica mesmo na ausência da tríade clássica, particularmente em homens com mais de 60 anos e fatores de risco vascular.

IMG 262

QUANDO A TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA ESCLARECE O OCULTO

João Seara Carvalho¹; Vasco Cremon Lemos¹;
Diogo Calado²; Carolina Costa²; Rita Silvério²;
Filipa Carrega²; Manuela Fera²; Susana Marques²
¹IPO Lisboa; ²Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Homem de 67 anos recorreu à urgência por edema escrotal, lombalgia e redução de dejeções e micções há 1 mês.

À observação palpou-se massa pétreia (2cm) na região inguinal direita. Analiticamente apresentava leucocitose, lesão renal aguda (creatinina 7.6mg/dl), lactato desidrogenase 1302U/L. A tomografia computadorizada (TC) identificou uma massa retroperitoneal direita infiltrativa, desde os vasos renais até à pélvis, com adenopatias mesentéricas. Por uropatia obstrutiva realizou derivação urinária urgente e biópsia da adenopatia inguinal, com resultado anatomopatológico sugestivo de doença linfoproliferativa.

Em suma, a TC foi crucial para identificar a causa da lesão renal, orientar a intervenção e apontar o diagnóstico mais provável.

IMG 263

LIVEDO RETICULARIS IDIOPÁTICO: DESAFIO DIAGNÓSTICO

Carolina Marcos Queijo; Raquel Lourenço Martins;
Inês Ferreira; António Sousa;
Margarida Mesquita Montes; Romeu Pires
Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Introdução: O livedo reticularis é um sinal cutâneo caracterizado por padrão reticulado eritemato-violáceo decorrente de alterações da perfusão nos vasos dérmicos superficiais. Embora frequentemente benigno, pode associar-se a patologia sistémica subjacente.

Caso clínico: Mulher de 25 anos, melanodérmica, sem antecedentes relevantes, observada em consulta externa por lesões reticuladas bilaterais nas coxas, assintomáticas. Realizou estudo etiológico abrangente, incluindo estudo imunológico, de trombofilias e serologias víricas, sem alterações. Ecografia Doppler dos membros inferiores normal. Verificou-se regressão espontânea das lesões.

Discussão: Após exclusão de causas secundárias, assumiu-se livedo reticularis idiopático. Destaca-se o desafio diagnóstico desta entidade em pele melanodérmica.

IMG 264

MASSA PULMONAR GIGANTE: SUSPEITA DE NEOPLASIA PULMONAR AVANÇADA

Claudia Silva; Inês Pereira De Oliveira;
Sara Oliveira Gomes; Andreia Correia Bulhão;
Andreia Coutinho; Paulo Bandeira
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Doente do sexo masculino de 58 anos, admitido por queixas de dor abdominal, tosse produtiva hemoptoica e anorexia com 3 dias de evolução. Realizou uma radiografia torácica (figura 1) onde se identificou uma hipotransparência homogénea à direita. Para melhor caracterização foi pedida uma tomografia computadorizada torácica (figura 2 e 3) que relevou uma volumosa lesão expansiva tecidual envolvendo praticamente todo o hemicampo pulmonar direito com 20 x 13 cm de dimensões e uma pequena área de parênquima arejado no vértice onde se observa lesão espiculada 30 x 26 mm. Por suspeita de neoplasia pulmonar com metastização óssea foi internado, tendo vindo a falecer previamente à realização da biópsia pulmonar.

IMG 265

SITUS INVERSUS TOTALIS

Carolina Lemos¹; Inês Risto¹; Isabel Azevedo²;
André Soares¹; Alfredo Martins¹

¹Hospital da Luz Arrábida; ²ULS Gaia e Espinho

Homem de 78 anos, com antecedentes pessoais de Insuficiência cardíaca, recorre ao SU por dispneia com 1 dia de evolução. Radiografia de tórax em ortostatismo (PA) evidencia silhueta cardíaca no hemitórax direito (dextrocardia), arco aórtico direito e bolha gástrica sob o hemidiafragma direito, com inversão completa das vísceras torácicas e abdominais. O *Situs Inversus Totalis* é uma condição congénita rara (0,01–0,02%) por vezes assintomática, no entanto deve ser abordada globalmente tendo em conta a possibilidade de anomalia de diferentes sistemas nomeadamente cardiopatia congénita, Síndrome de Kartagener e elevado potencial para complicações gastrointestinais (oclusão e vólvulo intestinal por incompleta rotação intestinal). O reconhecimento imagiológico é também fundamental para evitar erros diagnósticos e orientar procedimentos de forma adequada.

IMG 266

ARTRITE REUMATÓIDE NO SÉCULO XXI – NUM OUTRO CONTINENTE

Rita Sismeiro¹; Catarina Negrão²; Bárbara Lemos¹

¹Hospital de Santo André; ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A artrite reumatoide (AR) é uma doença imunomediada caracterizada por poliartrite simétrica aditiva. O início precoce do tratamento com DMARDs (terapêutica modificadora de doença) evita a destruição articular progressiva e diminui a evolução para deformações e limitação grave, característica da AR.

Nos países em desenvolvimento, o acesso a cuidados de saúde e medicação é limitado, sendo frequente as formas não controladas e a evolução para deformações incapacitantes nos doentes com AR.

Na imagem: as mãos de uma mulher de 46 anos, moçambicana, com AR com 18 anos de evolução e sem acesso a terapêutica com DMARDs, emigrada recentemente para Portugal. Ressalva-se a exuberante deformação articular, hoje em dia muito rara em países desenvolvidos.

IMG 267

UM FÍGADO QUE OCUPA ESPAÇO: QUISTO HEPÁTICO GIGANTE

Claudia Silva; Inês Pereira De Oliveira;
Sara Oliveira Gomes; Andreia Correia Bulhão;
Andreia Coutinho; Paulo Bandeira

Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Doente de 76 anos, com diabetes mellitus, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular, recorreu ao serviço de urgência por dispneia progressiva. À admissão en-

contrava-se polipneica, com insuficiência respiratória, apresentando abdómen volumoso e edema periférico. O ecocardiograma revelou fração de ejeção biventricular preservada e hipertensão pulmonar de novo. A tomografia computadorizada excluiu tromboembolismo pulmonar crónico e revelou uma lesão hepática de grandes dimensões (figura 1), com desvio do rim direito. A ressonância magnética mostrou quisto hepático gigante (24×14,5×18,5 cm) no lobo direito e com elevação diafragmática (figura 2 e 3). Teve alta e foi referenciada para a consulta de cirurgia geral.

IMG 268

UM RASH QUE FALA: A HISTÓRIA CLÍNICA ESCRITA NA PELE

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto;
Cassiana Vasconcelos; João Casanova Pinto; Sara Freire;
Anabela Marques; Sofia Lourenço

Hospital Cascais Dr J Almeida

A psoríase gutata é uma variante inflamatória da psoríase, frequentemente desencadeada por infeções, caracterizada pelo aparecimento de pápulas eritemato-descamativas.

Homem com 28 anos, previamente saudável, desenvolveu exantema maculopapular pruriginoso, após quadro gripal autolimitado. As lesões iniciaram-se no tronco, com extensão à face, região cervical, membros superiores e áreas intertriginosas, evoluindo para pápulas de cerca de 5 mm coalescentes em placas descamativas, com envolvimento do couro cabeludo, barba e canais auditivos externos, poupando palmas e plantas. O diagnóstico de psoríase gutata sugerido clinicamente foi confirmado por biópsia cutânea. As serologias de VIH, CMV, EBV, Herpes zoster e simplex e Coxsackie foram negativas. Destacamos este caso pela importância do reconhecimento de dermatoses inflamatórias no Serviço de Urgência.

IMG 269

SARCOIDOSE CUTÂNEA: ICONOGRAFIA DO “GRANDE IMITADOR”

Guilherme Miranda; Diana Vital; Cristina Esteves;
Marisa Brochado; Beatriz Vital; Abel Branco;
Inês Ambrosio; Márcia Oliveira

Unidade Local de Saúde da Lezíria

Doente do sexo feminino, 52 anos, apresentava placa eritemato-acastanhadas no joelho sobre antiga cicatriz, de evolução arrastada e paucissintomáticas. A biópsia cutânea revelou granulomas não-caseantes na derme, que, em conjunto com o quadro clínico e após exclusão de causas infecciosas, permitiram o diagnóstico de sarcoidose. A pele é afetada em 25% dos casos, podendo ser a manifestação inicial de doença sistémica. Esta imagem destaca a importância do rastreio de envolvimento multiorgânico (pulmonar, ocular e cardíaco) perante achados cutâneos sugestivos. O diagnóstico

histológico é o padrão-ouro para excluir etiologias infecciosas (micobactérias/fungos) ou neoplásicas.

IMG 270

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ENDOCARDITE NA VALVULA DE EUSTAQUIO

Miguel Morgado Duarte

Hospital Distrital de Santarém, EPE

Doente de 77 anos, com pacemaker, apresentou astenia, dor lombar e alterações urinárias. TC torácica revelou nódulo cavitado e múltiplos nódulos pulmonares. TC lombar mostrou espondilodiscite com abscesso perivertebral. EcoTE identificou vegetações no electrocateter junto à válvula de Eustaquio. Hemoculturas positivas para *S. aureus* meticilino-sensível. Imagem demonstra complicações pulmonares e vertebrais de endocardite associada a dispositivo intracardíaco.

IMG 271

TORTUOSIDADE DA BAINHA DO NERVO ÓTICO: ETIOLOGIA INESPERADA PARA A PERDA DE VISÃO SÚBITA

Mariana Da Silva Branco; Filipa Figueiredo; Sofia Graça; Cláudia Caseiro Antunes; Cátia Faria; Renato Saraiva

Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A perda súbita de visão é uma urgência oftalmológica que pode dever-se a lesões do nervo ótico com etiologias múltiplas, nomeadamente neurites óticas e a neuropatia isquémica.

Mulher, 29 anos, com tabagismo ativo e em abstinência há um mês de consumos marcados de crack e haxixe. Recorreu ao Serviço de Urgência após acidente laboral com trauma da grelha costal à esquerda. A angiotomografia de abdómen revelou laceração esplénica grau 3. Durante o internamento, por queixas de perda da acuidade visual bilateral, realizou angiotomografia cranioencefálica que excluiu lesão vascular, mas revelou tortuosidade e espessamento da bainha do nervo ótico bilateralmente.

Deste achado adveio alteração paradigmática das hipóteses diagnósticas mais prováveis, com consideração da neuropatia ótica isquémica posterior e de vasculite do sistema nervoso central secundária aos consumos.

IMG 272

NEM TODA A PNEUMONIA SE TRATA COM ANTIBIÓTICO: UM CASO DE DOENÇA PULMONAR EOSINOFILICA IDEOPÁTICA

Inês Canha Da Silva; Ana Tenreiro; Mariana Peixoto; Eduardo Santa; Lumira Marques; João Figueira; Margarita Urquiola

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Tomografia computadorizada (TC) de mulher de 46 anos, admitida no Serviço de Urgência por quadro de tosse e dispneia, com 1 mês de evolução. Apresentava

extensas reticulações e opacidades em vidro despolido, associados a bronquiectasias e bronchiolectasias de tracção, sugerindo provável fibrose pulmonar, com adenopatias mediastínicas. Analiticamente destacava-se hipereosinofilia isolada. Sob antibioterapia e corticoterapia apresentou melhoria, mas as queixas recrudesceram após cessar terapêutica. Não identificada clara etiologia, realizou lavado broncoalveolar com aumento dos granulócitos (sem distinção do subtipo). Reiniciou tratamento com corticoterapia assumindo provável pneumonia eosinofílica idiopática com franca melhoria clínica e imagiológica estabelecendo-se desta forma o diagnóstico. As imagens TC contrastam o pré e pós corticoterapia.

IMG 273

LEIOMIOMATOSE INTRAVASCULAR (LIV): DO ÚTERO AO CORAÇÃO

Diana Montagna; Rita Sarmento; Daniela Duarte; Hélia Mateus; Alexandra Vaz; Edite Nascimento

Hospital de São Teotónio, E.P.E. - Viseu

A LIV é uma situação rara caracterizada histologicamente por lesões benignas de músculo liso, que se estendem a partir do útero para as veias pélvicas e aferentes, raramente atingindo as cavidades cardíacas. Mulher, 47 anos, antecedentes de leiomiomatose uterina submetida a histerectomia com salpingectomia bilateral, recorre ao SU por síncope. A TC TAP (A) revelou uma massa intravascular desde a veia ilíaca interna direita até ao ventrículo direito (VD). O ecocardiograma TT (B) mostrou uma massa móvel com origem na veia cava inferior (VCI) e prolapso parcial para o VD. A RM cardíaca (C) evidenciou uma massa intravascular contínua ao longo da VCI até à aurícula direita. A doente foi submetida a ressecção cirúrgica que confirmou o diagnóstico.

IMG 274

DOENÇA DE MADELUNG: LIPOMATOSE SIMÉTRICA MÚLTIPLA

Ana Rita Ribeiro; Ana Filipa Correia; Ricardo Ralha Martins; Joana Nascimento; Raquel Borges Pinho; Nuno Bernardino Vieira
ULS-Algarve

Homem, 58 anos, caucasiano com hábitos alcoólicos marcados (>110 g/dia), com noção de aumento progressivo da dimensão da região cervical anterior, com mais de 5 anos de evolução, inicialmente rápido e posteriormente de crescimento lento, com extensão à nuca, tronco, com predomínio mamário, e braços. Analiticamente sem alterações relevantes. A Tomografia computadorizada cervical demonstrou volumosas massas adiposas simétricas compatíveis com doença de Madelung. A doença de Madelung, ou lipomatose simétrica múltipla, é uma entidade rara associada ao consumo crónico de álcool, caracterizada por depósi-

tos adiposos cervicotorácicos exuberantes. Apesar de benigna, em doença de longa duração pode levar a compressão do trato respiratório e digestivo.

IMG 275

ANEURISMA GIGANTE DA AORTA TORÁCICA: COMPRESSÃO EXTRÍNSECA E COLAPSO LOBAR TOTAL

Guilherme Miranda; Diana Vital; Petra Pego; Cristina Esteves; Beatriz Vital; Abel Branco; Inês Ambrosio; Miguel Morgado Duarte
Unidade Local de Saúde da Lezíria

Mulher de 78 anos admitida por dor no hemitórax direito. A radiografia de tórax inicial revelou alargamento marcado do mediastino. A TC confirmou aorta torácica dilatada (calibre máximo 6,2cm no segmento descendente) e tortuosa, condicionando o colapso total do lobo inferior direito por compressão extrínseca do brônquio lobar. Após discussão multidisciplinar, dada a estabilidade clínica e ausência de sinais de rotura iminente, optou-se por orientação em ambulatório. Esta imagem ilustra uma complicação mecânica rara de aneurismas da aorta de grandes dimensões.

IMG 276

QUANDO O HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE FALA

Helena Rita Antunes; Daniela Soares Ribeiro; Ricardo Raposo; Cláudia Rodrigues; Luís Dias
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Homem de 72 anos, autónomo, imunocompetente, com lesão hepática volumosa em estudo há 6 meses: 10 cm de diâmetro em TC abdominal, interpretado como provável adenoma/hemangioma hepático (níveis normais de alfafetoproteína e antígeno carcinoembrionário). Observado no serviço de urgência ao 3º dia de febre: elevação de PCR (30mg/dL) e procalcitonina (3 ng/L), sem queixas abdominais ou outras focalizadoras. Internado para estudo de febre sem foco, sob piperacilina/tazobactam empírico: posterior apirexia, estabilidade hemodinâmica e melhoria clínica global; hemoculturas e urocultura negativas. Mas nova TC (4 meses depois da 1ª) mostrou aumento da lesão até 13 cm, hemorragia intralesional (volumosos coágulos centrais) e sobreinfecção.

Transferido para centro de referência hepatobiliar, aguarda excisão para diagnóstico definitivo e tratamento.

IMG 277

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE FIBRÓTICA: EXACERBAÇÃO AGUDA EM DOENTE SOB ANTIFIBRÓTICO

Desirée Farinha; João Barroso; Cláudia Abreu De Jesus; Carolina Gomes; Pedro Guerreiro; Mónica Reis; Luís Cuña
Hospital de Vila Franca de Xira

Homem, 78 anos, ex-fumador, com pneumonite de hipersensibilidade (PH) fibrótica (por exposição a aves) confirmada por criobiopsia, sob corticoterapia, mico-fenolato e posteriormente antifibróticos (nintedanib e pirfenidona) e oxigenoterapia de longa duração por progressão de doença. Recorre ao SU por agravamento súbito da dispneia e hipoxemia grave. Realizou Angio-TC Torácica que excluiu TEP, evidenciando padrão fibrótico prévio, com dúvida entre progressão, infeção ou congestão. Evoluiu para falência respiratória global sob ONAF e posteriormente com necessidade de VNI. O caso ilustra a complexidade diagnóstica e terapêutica das exacerbações agudas na PH fibrótica avançada.

IMG 278

NEM TODAS AS CAVITAÇÕES SÃO TUBERCULOSE PULMONAR

Sofia Azinheira; José Pedro Carrapato; Glória Nunes Da Silva; Nayive Gutiérrez Gomez
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Portugal apresenta uma incidência de tuberculose (TB) superior à média europeia. Assim, perante uma cavitação pulmonar, sobretudo nos lobos superiores, surge frequentemente a suspeita de infeção por *Mycobacterium tuberculosis*, sendo comum a associação imediata entre cavitação e TB. Contudo, a cavitação representa um padrão imagiológico inespecífico com várias etiologias possíveis. Apresentam-se as imagens separadas por 14 dias de antibioterapia dirigida a *Pseudomonas aeruginosa* isolada em lavado broncoalveolar, num homem de 90 anos internado por pneumonia adquirida na comunidade, com baciloscopias, PCR e exames culturais para micobactérias consistentemente negativos, reforçando a importância da consideração dos diagnósticos diferenciais.

IMG 279

VIDRO DESPOLIDO: UM DIAGNÓSTICO PARA ALÉM DA INFEÇÃO

Vasco Cremon De Lemos¹; João Seara Carvalho¹; Carolina Costa²; Diogo Calado²; Rita Silvério²; Filipa Carrega²; Manuela Fera²; Susana Marques²
¹IPO Lisboa; ²CHS - Hospital De S. Bernardo - Setúbal

Mulher de 84 anos recorreu à urgência por hemoptises há 2 meses. À admissão encontrava-se polipneica, com astenia e palidez das mucosas, sem outras alterações. Analiticamente tinha hemoglobina 7.1mg/dL e creatinina 3.2mg/dL. Realizou tomografia computa-

dorizada do tórax que demonstrou múltiplas áreas em vidro despolido compatíveis com hemorragia alveolar difusa. Posteriormente detetaram-se anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos anti-proteinase 3 >177 UI/mL, tendo-se diagnosticado vasculite c-ANCA. Iniciou ácido aminocapróico e corticoterapia sistêmica com resolução do quadro. Embora o vidro despolido seja muito associado a infeções, é fundamental a correlação com sintomas e sinais clínicos e colocar diversas hipóteses menos frequentes.

IMG 280

VOLUMOSA LESÃO OSTEOLÍTICA PÉLVICA COMO APRESENTAÇÃO DE NEOPLASIA MESENQUIMATOSA DE ALTO GRAU

João Lopes; Morgana Alves; Micaela Sousa Nunes; José Brizuela; Helena Maurício; Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Homem de 73 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia e lombociatalgia crónica, recorreu ao Serviço de Urgência por dor intensa no membro inferior esquerdo com dois meses de evolução e agravamento funcional. A radiografia da bacia revelou destruição do acetábulo e ilíaco esquerdo. A TC e RM pélvicas demonstraram volumosa lesão osteolítica centrada no ilíaco esquerdo (de aproximadamente 15 cm), com exuberante componente tecidual e compressão da bexiga, condicionando dificuldade miccional e dor não controlada. A biópsia óssea revelou neoplasia maligna de alto grau de provável origem mesenquimatosa. Este caso evidencia o papel da Medicina Interna na abordagem diagnóstica de dor persistente e na orientação multidisciplinar de neoplasias de apresentação atípica.

IMG 281

SARCOMA DE KAPOSI CUTÂNEO EXTENSO EM DOENTE COM VIH AVANÇADO

Flávio Quadrado¹; João Nóvoa²; Vasco Almeida²; Stepanka Betkova²; Maria José Manata²

¹Unidade Local de Saúde do Alentejo Central; ²Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: Mulher de 48 anos com infeção por VIH-1 e imunossupressão avançada (CD4 88 células/μL), com história prévia de sarcoma de Kaposi tratado com quimioterapia em 2019 e recidiva cutânea não tratada. Recorreu por agravamento de dor, edema e ulceração do membro inferior direito, com exsudado purulento abundante e odor fétido.

Ao exame observava-se envolvimento cutâneo extenso da metade distal da perna e pé direitos por lesões tumorais ulceradas compatíveis com sarcoma de Kaposi complicado por sobreinfeção bacteriana. A TC demonstrou espessamento cutâneo e edema difuso do membro inferior, sem evidência de envolvimento visceral. As imagens ilustram a apresentação exuberante de sarcoma de Kaposi cutâneo em contexto de imunossupressão grave.

IMG 282

DISPNEIA ALÉM DO PULMÃO: UMA CAUSA INESPERADA DE MANUTENÇÃO DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

Sofia Azinheira; José Pedro Carrapato; Glória Nunes Da Silva; Nayive Gutiérrez Gomez
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher de 81 anos, com quadro de dispneia, tosse produtiva e febre. Analiticamente com uma insuficiência respiratória hipoxémica e discreta elevação dos marcadores inflamatórios. Realizou radiografia de tórax, que evidenciou uma hérnia do hiato esofágico de grandes dimensões. A TC torácica confirmou a hérnia hiatal grau IV, com herniação torácica de todo o estômago, duodeno proximal e parte do cólon transverso, associada a volvo gástrico. Após a exclusão de pneumonia e tromboembolismo pulmonar, assumiu-se traqueobronquite aguda. A hérnia causava atelectasia compressiva, dificultando o desmame de oxigénio. O caso destaca como uma imagem bem interpretada, pode orientar o raciocínio em casos de hipoxémia desproporcional ao contexto clínico.

IMG 283

UM PROBLEMA À FLOR DA PELE – TUBERCULOSE GANGLIONAR SOB A FORMA DE ESCRÓFULA

Ana Isabel Monteiro; Rita Teixeira; Ana Morgado; Teresa Sequeira; Catarina Mendonça; Paulo Paiva
Unidade Local de Saúde de Santo António

A tuberculose (TB) é uma infeção com milénios de história, de principal atingimento pulmonar. Relata-se caso de homem de 41 anos, natural da Índia, em Portugal há 2 anos, imunocompetente. Apresentava tumefação supraclavicular direita de crescimento rápido com sinais inflamatórios locais, sem qualquer outra sintomatologia associada. Estudo Imagiológico mostrou adenopatia supraclavicular extensamente necrosada, sem outras alterações. Realizada biópsia aspirativa de ganglio, com saída de conteúdo hematopurulento, e presença de *Mycobacterium tuberculosis complex*. Excluído atingimento pulmonar e realizado diagnóstico de TB ganglionar, com início de terapêutica antibacilar quádrupla. As formas extrapulmonares em doentes imunocompetentes são infrequentes, mas a sua apresentação sob a forma de escrófula é tão marcante quanto a sua história.

IMG 284

EXACERBAÇÃO GRAVE DE DOENÇA DE DARIER: ILUSTRAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA

Beatriz Madureira Vital; Joana Serranho;
Miguel Morgado Duarte; Márcia Verdasca Oliveira; Guilherme
Sanches Miranda; Abel Branco; Adelaide Figueiredo;
Maria Cristina Esteves

ULS Lezíria

A doença de Darier é uma dermatose autossômica dominante rara, causada por mutações no gene ATP2A2, que afetam a adesão intercelular epidérmica e a queratinização. Apresenta-se o caso de uma mulher de 42 anos, com exacerbação aguda com múltiplas pápulas queratósicas eritematosas, parcialmente pápulo-pustulosas, confluentes em extensas placas hiperqueratósicas com descamação e crostas melicéricas, sugestivas de impetiginização, na região cervical e tronco. Internada no Serviço de Medicina Interna, iniciando terapêutica com prednisolona 40mg/dia, doxiciclina 100mg 2x/dia e pachos húmidos com permanganato de potássio, com melhoria progressiva e posterior introdução de betamesona tópica com óxido de zinco e acitretina 25mg em dias alternados. As imagens ilustram a sequência evolutiva das lesões e a resposta ao tratamento com redução da inflamação e da exsudação.

IMG 285

QUANDO A IMAGEM DEFINE O DIAGNÓSTICO: LESÃO CEREBRAL COM PADRÃO DE TUMOR GLIAL DE ALTO GRAU

Inês Pinto Rodrigues; Marta Reisinho Mesquita;
Rita Matos Sousa; Cristina Miranda;
André Sousa Vares; Maria João Palavras

Hospital de Braga

Doente do sexo feminino, 76 anos, autónoma, admitida por diminuição da força no membro superior esquerdo e disartria. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (imagem 1), que evidenciou uma lesão infiltrativa córtico-subcortical insular esquerda, sugestiva de neoplasia primária do sistema nervoso central da série glial. A segunda imagem corresponde a ressonância magnética cerebral, na sequência ponderada em T1 após administração de gadolínio. Observa-se a lesão com realce periférico em anel e centro necrótico, padrão imagiológico característico de tumores cerebrais de alto grau. Apresentou agravamento rápido do estado funcional, pelo que se optou por abordagem exclusivamente paliativa, privilegiando o controlo sintomático.

IMG 286

FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL: UMA ENTIDADE RARA

Marco Ribeiro Ramos; Ana Parreira;
Alexandre Carvalho; Filipa Cunha;
Raquel Pontes Figueiredo; Céu Rodrigues

Hospital de Braga

Introdução: Fístula Arteriovenosa Dural é uma entidade clínica rara que consiste na conexão direta entre uma artéria cerebral e uma veia cerebral fazendo bypass ao leito capilar, mais frequentemente de etiologia adquirida, podendo ser idiopática e associando-se a elevado risco hemorrágico.

Caso clínico: Sexo Feminino. 79 anos. Autónoma. Depressão do estado de consciência. Tomografia cranioencefálica a sugerir lesão expansiva frontal parassagital esquerda, sugestiva de neoplasia. Internada para estudo etiológico. A ressonância magnética cerebral evidencia lesão hemorrágica intraparenquimatosa frontal anterior esquerda secundária a fístula arteriovenosa dural, mais tarde confirmada por angiografia cerebral.

IMG 287

PADRÃO EM “LARGADA DE BALÕES” NA RADIOGRAFIA DE TÓRAX

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira;
Beatriz Gomes Rosa; António Rodrigues Pereira;
Paula Felgueiras

Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

Mulher de 84 anos, totalmente dependente, com antecedentes de Demência de Alzheimer avançada. Recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva e dessaturação após episódio de aspiração alimentar. A radiografia torácica evidenciou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, num padrão em “largada de balões”, sugestivo de metastização pulmonar de neoplasia não previamente conhecida. A TC torácica confirmou múltiplas lesões nodulares pulmonares compatíveis com metastização, coexistindo infiltrado no lobo superior esquerdo sugestivo de processo inflamatório concomitante. Atendendo ao estado funcional basal da doente, optou-se por abordagem conservadora com medidas de conforto, sem prosseguir investigação etiológica.

IMG 288

SINAL DA CORCOVA DE HAMPTON – A IMPORTÂNCIA DE UM OLHAR ATENTO

Sara Videira Almeida; Mafalda Petrucci Presunto; Mariana R. Afonso; Joana Rodrigues Moraes

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Doente de 76 anos, com fibrilhação auricular (FA) hipocoagulada, admitida por síncope recorrentes. Apresentava alcalose respiratória e sinais de hipervolemia. Documentada elevação de parâmetros inflamatórios, mas sem clínica focalizadora de infeção, de Tnl(as) e NT-proBNP. Eletrocardiografia a evidenciar FA com fre-

quência controlada.

Radiografia torácica a revelar opacidade subpleural em cunha no lobo inferior direito, compatível com sinal de Hampton. Achado clássico sugestivo de enfarte pulmonar, confirmado por angioTC, que revelou extenso tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral.

O caso evidencia o valor de um sinal radiográfico raro mas altamente sugestivo no reconhecimento de TEP significativo.

IMG 289

SEMIOLOGIA DE *CHARCOT-MARIE-TOOTH* NUM DOENTE COM AVC HEMORRÁGICO NÚCLEO-CAPSULAR

Guilherme Miranda; Diana Vital; Cristina Esteves; Abel Branco; Inês Ambrosio; Miguel Morgado Duarte; Márcia Oliveira

Unidade Local de Saúde da Lezíria

Homem de 47 anos, mecânico de automóveis, com Doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT), admitido por AVC hemorrágico núcleo-capsular anterior esquerdo, de provável etiologia hipertensiva. Ao exame clínico, destacavam-se deformidades crônicas exuberantes associadas à neuropatia periférica: atrofia marcada da musculatura distal dos membros inferiores (“pernas de cegonha”), pés cavos e mãos em garra por atrofia dos músculos intrínsecos. O doente apresentava marcha escarvante, caracterizada por pé pendente bilateral e necessidade de hiperflexão dos joelhos para progressão. Apesar do insulto neurológico central agudo sobreposto a uma patologia neuromuscular crônica, o doente apresentou boa recuperação funcional, mantendo a sua atividade profissional após a alta.

IMG 290

QUANDO O PNEUMOCOCO CAVITA O PULMÃO

Patrícia Cláudio Ferreira¹; Ana João Gonzaga²; Ana Luís Vasconcelos¹; Luís Neves Da Silva²; Susana Loureiro²; Margarida Monteiro¹; Maria Rosário Araújo¹; Olinda Sousa Caetano¹

¹ULS Braga; ²ULS de Braga

Sexo masculino, 65 anos, antecedentes de perturbação do uso do álcool (~170g/dia) e ex-fumador (20 UMA). Recorreu ao serviço de urgência por tosse com expectoração ferrugenta e dispneia após tratamento com macrólido por infeção respiratória. Analiticamente com PCR 161.75 mg/L e microbiológico de expectoração com isolamento de *Streptococcus pneumoniae* resistente aos macrólidos. A tomografia computadorizada torácica revelou duas extensas consolidações no pulmão esquerdo, com áreas centrais hipodensas cavitadas e níveis hidroaéreos. Este caso destaca uma manifestação pouco comum da infeção por *Streptococcus pneumoniae*: um caso de pneumonia necrotizante com cavitação extensa.

IMG 291

ARTROPATIA DE JACCOUD: LÚPUS A IMITAR ARTRITE REUMATOIDE

Beatriz Luís Lopes; Carolina Silva Câmara; Inês Duro; Álvaro Ferreira; António Marinho

Unidade de Imunologia Clínica da ULS de Santo António

Introdução: Mulher de 64 anos com lúpus eritematoso sistémico diagnosticado em 2002, sob metotrexato e hidroxiclórico. Ao exame apresentava deformidades marcadas das mãos, com desvio cubital acentuado, subluxação das metacarpofalângicas, deformidades redutíveis em “pescoço de cisne” e sobreposição digital com conflito cutâneo. O aspeto clínico sugeria artrite reumatoide avançada, tendo sido colocada a hipótese de Rhupus (síndrome de sobreposição lúpus–artrite reumatoide). Contudo, a radiografia das mãos não evidenciou erosões nem destruição da interlinha articular. Perante subluxações e luxações sem alterações erosivas e negatividade de fator reumatoide e anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico, assumiu-se artropatia de Jaccoud associada ao lúpus. Este caso reforça a importância da correlação clínico-radiológica no lúpus.

IMG 292

QUANDO O QT FALA MAIS ALTO QUE A LITEMIA: O ELETROCARDIOGRAMA NA INTOXICAÇÃO POR LÍCIO

Inês Pinto Rodrigues; Cristina Miranda; Rita Matos Sousa; Marta Reisinho Mesquita; André Sousa Vares; Maria João Palavras

Hospital de Braga

Mulher de 18 anos, com antecedente de doença bipolar medicada com lítio, admitida no Serviço de Urgência após ingestão voluntária de múltiplos comprimidos deste fármaco. O eletrocardiograma (imagem 1) evidencia taquicardia sinusal associada a prolongamento do intervalo QT (600 ms). Analiticamente, verificou-se litemia de 2,24 mmol/L, com função renal preservada. Apesar de níveis de lítio inferiores aos habitualmente considerados como indicação para hemodiálise, apresentava elevado risco arritmico. Após discussão multidisciplinar entre Medicina Interna, Nefrologia e Cardiologia, iniciou hemodiálise urgente com normalização das alterações eletrocardiográficas (imagem 2). A doente foi posteriormente admitida no internamento de Psiquiatria.

IMG 293

QUANDO A PELE CONTA A HISTÓRIA: SARCOMA DE KAPOSI EM DOENTES COM VIH

Teresa Senra Santos¹; Beatriz Passos²

¹ULS Póvoa de Varzim/ Vila de Conde; ²ULS Póvoa de Varzim/ Vila de Conde

Apresenta-se o caso de uma mulher de 46 anos, com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) sem seguimento nem terapêutica antirretrovírica há cinco anos, que recorreu ao serviço de urgência por défice de força dos membros inferiores com três dias

de evolução, associado a dor torácica pleurítica, tosse, astenia, sudorese noturna e perda ponderal significativa. Ao exame Objetivo destacavam-se múltiplas lesões cutâneas maculopapulares hiperpigmentadas, dispersas pelos membros inferiores e tronco, em diferentes fases evolutivas, bem como adenopatia inguinal esquerda. A tomografia computadorizada torácica revelou múltiplos nódulos pulmonares e adenopatias em várias cadeias. Foi colocada a suspeita de sarcoma de Kaposi disseminado. Este caso destaca a importância do seguimento e tratamento adequados da infeção por VIH e da avaliação cutânea nestes doentes.

IMG 294

PERNIOSE COMO JANELA PARA DESREGULAÇÃO DO INTERFERÃO TIPO I: DO LES ÀS INTERFERONOPATIAS MONOGÉNICAS

Carolina Marcos Queijo¹; Inês Duro¹; António Lamas¹; Raquel Faria¹; Marina Magalhães²; António Marinho¹

¹Unidade de Imunologia Clínica-ULS Santo António; ²Neurologia - ULS Santo António

Contexto: A perniose pode representar uma manifestação cutânea associada à desregulação do interferão tipo I (IFN-I). Embora frequentemente idiopática, é observada com maior exuberância/gravidade nalguns contextos clínicos de relevo, do lúpus eritematoso sistémico (LES) às interferonopatias monogénicas. Manifesta-se por lesões eritematocianóticas (máculas/pápulas/nódulos), desencadeadas pela exposição ao frio e humidade, e localizadas principalmente nas extremidades distais, mas podendo afetar também nariz, orelhas ou nádegas. Assim, a perniose pode constituir uma janela clínica para alterações da imunidade inata mediadas por IFN-I, como ilustrado nos casos apresentados, que incluem LES, perniose lúpica familiar, e síndrome de Aicardi-Goutières.

IMG 295

TROMBO FLUTUANTE NAS CAVIDADES DIREITAS: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Valentyn Roshkulets; Henrique Domingos; Rodrigo Morgado; Konstyantyn Romashchuk; Claudia Ribeiro; Beatriz Domingos

Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Homem, 61 anos, sem antecedentes relevantes. Recorreu à urgência por dispneia súbita, ansiedade e palpitações. Gasimetria arterial com hipoxemia e hipocapnia. Antes da realização de angio-TC, foi efetuado *Point of Care* Ultrasound cardíaco e pulmonar que evidenciou grande trombo flutuante na aurícula direita. A angio-TC Torácica confirmou tromboembolismo pulmonar bilateral. O doente iniciou anticoagulação com heparina não fracionada. Dois dias depois ocorreu agravamento hemodinâmico; nova ecocardiografia não evidenciou o trombo. Foi realizada trombólise sistémica com melhora clínica subsequente.

IMG 296

QUEM COME A CORRER, DO ESTÔMAGO VEM A SOFRER - DISFAGIA POR PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO

Ana Isabel Monteiro; Ana Beatriz Oliveira; Rita Teixeira; Catarina Mendonça; Paulo Paiva
Unidade Local de Saúde de Santo António

Homem de 56 anos, parcialmente dependente após traumatismo crânio-encefálico grave, com autonomia para se alimenta. Apresentou disfagia total de novo, súbita, após episódio de engasgamento durante refeição. Cuidadora descrevia taquifagia habitual. Estudo com tomografia computadorizada revelou corpo estranho na transição faringoesofágica, consistente com presença de osso. Pedida endoscopia digestiva alta, com identificação esofágica de dois ossos de ave ao nível cricofaríngeo, impactados e a causar ulceração bilateral, bem como palito profundamente embebido na parede da pequena curvatura gástrica. Remoção de corpos estranhos com pinça e ansa, sem complicações. Revisão de úlceras esofágicas, uma com base limpa e uma com coágulo, e colocado *endoclip* em orifício gástrico. Posterior evolução favorável, a permitir dieta progressiva, sem recorrência de disfagia.

IMG 297

DERMO-HIPODERMITE BACTERIANA AGUDA NÃO NECROTIZANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Lourenco Tereso; Ana Côrte Real; Joana Louro
Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

Homem 55 anos, hipertenso, obeso e erisipelas de repetição, recorre ao SU por sinais inflamatórios perna direita, febre 3 dias evolução sob antibioterapia flucloxacilina. Laboratorialmente leucocitose, neutrofilia, PCR 45,5 mg/dl, PCT 9,45 ng/ml, D-Dímeros 1231ng/ml, HbA1c 6,6%. VENO-TC membros inferiores: exuberante edema da hipoderme do membro inferior direito, sem coleções. Inicia antibioterapia amoxicilina/ac.clavulanico, cumpre 2 dias. Subida parâmetros inflamatórios e febre, sem isolamento de agente em Hemoculturas, switch para ceftriaxone e clindamicina cumpre 5 dias e aplicação tópica sulfadiazina de prata. Por febre, subida parâmetros inflamatórios, extensos descolamentos bolhosos da epiderme, motivando desbridamento mecânico, AngioT MI sem TVP, coleções ou gás, switch para piperacilina/tazobactam e posterior melhoria e recuperação.

POSTERS

PO 01

UMA CAUSA RARA DE ANEMIA FERROPÉNICA: O IMPACTO DA PICA NA SAÚDE

Gabriel De Carvalho Ferreira; Marta Sanches;
Daniel Castanheira; Beatriz Machado; Francisco Azeiteiro;
Margarida Nunes
Hospital Beatriz Ângelo

A anemia é uma condição comum na prática clínica e a anemia ferropénica é a forma mais frequente, resultando habitualmente de perdas sanguíneas crónicas ou de um aporte inadequado de ferro.

Apresentamos o caso de uma mulher de 36 anos, natural de Angola, testemunha de Jeová. Seguida em consulta de Medicina Interna após internamento por tuberculose disseminada. Apresentava como outros antecedentes: hepatite B no passado e gastrectomia tubular em sleeve, por obesidade grau III. Durante esse internamento, apresentava anemia inflamatória e por défice de ácido fólico, que resolveu com suplementação e tratamento da tuberculose. Cerca de 3 anos após alta clínica, numa reavaliação em consulta, apresenta-se de novo com anemia grave (Hemoglobina 6.9g/dL), com estudo compatível com ferropénia (ferritina 11.9ng/mL), sem evidencia de perdas ginecológicas ou gastrointestinais. Durante a anamnese de hábitos alimentares, a doente admitiu consumir, de forma oculta, esponja de colchão desde há 1 ano, sem crítica de que não se tratava de alimento. Verificou-se ainda humor deprimido com ideação suicida e alucinações auditivas. Visto que na avaliação analítica do ano anterior, quando a doente iniciou este consumo, não apresentava anemia, assumiu-se síndrome de pica como causa de anemia ferropénica grave, e não consequência da anemia, por má absorção entérica. A doente rejeitou transfusão sanguínea, pelo que fez carboximaltose férrea e ferro oral. Iniciou também seguimento em consulta de Psiquiatria, onde foi diagnosticada com uma depressão psicótica, com melhoria parcial da depressão e redução do consumo de substâncias não alimentares, o que permitiu a resolução da anemia.

Neste caso falamos de uma causa rara de anemia ferropénica, associada a um comportamento alimentar patológico, para além de que a sua abordagem foi também particularmente desafiante, tanto pelo impacto da doença psiquiátrica, como pelas limitações terapêuticas impostas pelas crenças religiosas da doente, tendo sido indispensável a abordagem multidisciplinar tomada.

PO 02

ENTRE O INVISÍVEL E O DETETÁVEL: SCHWANNOMA RETROPERITONEAL

Monica Corte Real; Andreia Gravata; Kelly Tembe;
Letícia Naben; Carolina De Almeida Robalo;
Ana Santos Costa; Miguel Rodrigues; Ricardo Pereira;
Francisco Morgado; Joana Carreira; Aissato Cassama;
Susana Marques

CHS - hospital de s. Bernardo - setúbal

Introdução: Os schwannomas são tumores raros, geralmente benignos, com origem nas células de Schwann. Representam uma pequena fração das neoplasias de partes moles. A localização retroperitoneal é particularmente incomum, correspondendo a menos de 3% dos casos. O diagnóstico é frequentemente tardio ou incidental, dada a evolução lenta e a inespecificidade clínica.

Caso clínico: Homem de 74 anos, autónomo, com antecedentes de osteoartrose e hiperplasia benigna da próstata, referenciado a consulta por anemia ferropénica crónica ligeira. Apresentava apenas astenia inespecífica e queixas de obstipação esporádica, sem alteração das características das fezes. Negava sintomas constitucionais, urinários e/ou dor. A endoscopia digestiva alta revelou angiectasias gástricas, tratadas durante o exame, e a colonoscopia pólipos inflamatórios. Manteve estabilidade da hemoglobina sob ferro oral. Para estudo etiológico, solicitou-se ainda tomografia computadorizada abdominopélvica, em que se identificou uma volumosa lesão retroperitoneal pélvica profunda, bem delimitada, com cerca de 7 cm, sem sinais de invasão local ou adenopatias. Foi realizada biópsia percutânea guiada por imagem, sendo o exame histológico compatível com schwannoma. O doente foi submetido a ressecção cirúrgica do tumor em centro oncológico e mantém-se assintomático desde então.

Discussão: Os schwannomas retroperitoneais são raros e muitas vezes assintomáticos, o que pode atrasar o diagnóstico. Quando presentes, os sintomas consistem em efeito de massa, incluindo dor lombar ou pélvica, alterações urinárias e/ou intestinais. Este caso ilustra a deteção incidental de uma neoplasia silenciosa e reforça a relevância de uma abordagem multidisciplinar, combinando imagiologia, cirurgia e seguimento oncológico, para garantir o seu diagnóstico preciso, tratamento seguro e monitorização eficaz.

PO 03

PARA ALÉM DA SÉPSIS: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMPLICADO POR ENFARTE E FÍSTULA BRONCOPLEURAL

Sara Miguel Cardeal Dourado; João Neves Maia
ULSSA

Introdução: A sépsis respiratória é causa frequente de insuficiência respiratória aguda, podendo coexistir patologia tromboembólica, cuja apresentação pode ser mascarada pelo quadro infeccioso. O tromboembolismo pulmonar (TEP) periférico pode evoluir para enfarte pulmonar e, raramente, para complicações pleurais, constituindo um desafio diagnóstico na Medicina Interna.

Caso clínico: Reportamos o caso de um homem de 76 anos, previamente autônomo, com antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva, anemia ferripriva, perda ponderal e doença hepática crônica em estudo, que recorreu ao serviço de urgência por dispneia de novo, tosse produtiva e quadro gripal recente. À admissão apresentava insuficiência respiratória tipo 1 grave, taquicardia, marcadores inflamatórios elevados e teste positivo para Influenza A, sendo assumido quadro de sépsis respiratória com sobreinfecção bacteriana. Perante elevação de D-dímeros e aumento de troponina e BNP, angio-TC torácica revelou TEP periférico agudo/subagudo no lobo médio e inferior direitos, associado a pneumonia bilateral, levantando a hipótese de evento tromboembólico pré-existente descompensado no contexto de infecção aguda. Estratificado como PESI classe V, face à estabilidade hemodinâmica, foi iniciada anticoagulação terapêutica, associada a terapêutica antiviral e antibiótica. No internamento desenvolveu derrame pleural bilateral complicado. A TC de reavaliação revelou enfarte pulmonar no território previamente embolizado, associado a fístula broncopleural e empiema, sem critérios para drenagem, tendo-se mantido abordagem conservadora com evolução clínica favorável.

Discussão: Este caso ilustra como o TEP pode ser inicialmente mascarado por sépsis respiratória, atrasando o diagnóstico e favorecendo complicações. Admite-se que um risco trombótico basal elevado, associado à infecção respiratória aguda, tenha precipitado descompensação clínica, explicando a gravidade da apresentação e a evolução para enfarte pulmonar e fístula broncopleural. A estratificação prognóstica foi determinante para a decisão terapêutica, permitindo optar por anticoagulação isolada num doente estável. Reforça-se a importância de manter elevada suspeição clínica e de recorrer a imagiologia para detecção precoce de complicações.

PO 04

TUBERCULOSE PULMONAR POR MYCOBACTERIUM BOVIS

Beatriz Ribeiro¹; Patrícia De Oliveira Saraiva²; Maria João B. Marques²; Rui Parente²; Filipa Leitão^{1,2}; Rui Isidoro²; Alexandre Louro²; Paula Paiva²; Maria Eugénia André²

¹ULSCB; ²Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

A tuberculose é uma das doenças infecciosas mais prevalentes a nível mundial, mas na sua maioria é causada por *Mycobacterium tuberculosis*. A infecção humana por *Mycobacterium bovis* é rara, geralmente associada a contacto direto com animais ou produtos de origem animal infetados. O seu reconhecimento precoce é crucial, uma vez que o diagnóstico pode ser facilmente atrasado e a abordagem terapêutica deve ser conduzida com o mesmo rigor aplicado aos casos mais comuns.

Mulher, de 28 anos, com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar por *Mycobacterium bovis* diagnosticada em 2021, em contexto de contacto laboral com okapi infetado, tendo cumprido tratamento adequado durante 10 meses, com cura documentada.

Em 2024, teve novo contacto com animal infetado, mas sem evidência de infecção.

Em Abril de 2025 iniciou quadro de tosse produtiva e picos febris esporádicos, sem perda ponderal ou sudorese noturna associadas. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU), onde assumiram uma infecção respiratória aguda, com alta para ambatório medicada com antibioterapia empírica. No entanto, sem melhoria clínica, recorre novamente ao SU em maio de 2025.

Exame Objetivo: taquicardia sinusal e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base esquerda. Analiticamente: anemia normocítica normocrômica (Hb 10,7 g/dL) e elevação da proteína C reativa (88 mg/L). Imagiologicamente: consolidações no lobo inferior esquerdo com cavitações associadas. Realizada colheita de secreções, com pesquisa microbiológica positiva para *Mycobacterium tuberculosis complex*, com PCR confirmatória e sem resistência à rifampicina.

Considerando os antecedentes e a história epidemiológica, assumiu-se reativação de tuberculose pulmonar por *M. bovis*.

A doente foi internada com medidas de isolamento respiratório e iniciou terapêutica antibacilar de primeira linha. Evolução favorável, com negatificação da baciloscopia ao fim de 15 dias e melhoria clínica.

Este caso ilustra uma tuberculose pulmonar por *Mycobacterium bovis* em contexto de contacto laboral com animais, entidade rara em países desenvolvidos. O reconhecimento do agente etiológico menos comum foi determinante para enquadrar corretamente a história clínica e reforça a necessidade de manter vigilância epidemiológica, sobretudo em profissionais expostos a

risco ocupacional.

PO 05

CASO DE ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO POR MUTAÇÃO NO PLASMINOGÉNIO (P.LYS38GLU)

Paula Perestrelo; Joana Jacinto; Gil Magalhães; Sónia Borges; João Moreira; Sandra Morais

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Introdução: O angioedema hereditário(AEH) é uma doença genética rara(9/100.000) caracterizada por episódios de edema subcutâneo ou submucoso, podendo envolver face, trato gastrointestinal e via aérea, com risco de edema laríngeo. A maioria dos casos associa-se a deficiência do inibidor da C1 esterase(-C1-INH); no entanto, existe um subgrupo raro e heterogéneo de doentes com níveis e atividade normais de C1-INH (AEH-nC1INH) (24%dos casos de EAH).

Caso clínico: Mulher de 48anos com episódios recorrentes de angioedema dos lábios, língua, face, genital e orofaringe, alguns com risco de compromisso da via aérea e necessidade de cuidados de urgência. O primeiro episódio ocorreu sob perindopril e amlodipina, persistindo o angiodema após suspensão. Sem história familiar de angioedema. As crises não se acompanhavam de urticária ou prurido e eram não responsivas a corticosteroides, anti-histamínicos ou epinefrina. C3, C4, CH50 e C1-INH quantitativos normais. Serologias víricas, painel autoimune, estudo endocrinológico e rastreio oncológico exaustivo foram normais. O estudo genético, que identificou mutação heterozigótica patogénica no gene *PLG* (*p.Lys38Glu*), compatível com AEH. Iniciou ácido tranexâmico, posteriormente suspenso por embolia pulmonar. Sob estratégia de tratamento de crise aguda com C1-INH derivado de plasma humano(Berinert®) e Icatibant com benefício parcial. Devido à frequência e gravidade das crises, foi iniciado tratamento profilático com Lanadelumab associado a Berinert® bisemanal, com redução da frequência e gravidade dos episódios, em particular dos eventos laríngeos. A doente apresenta atualmente vigilância apertada dada a melhoria parcial da sintomatologia.

Discussão: Relatamos um caso de AEH-nC1INH secundário a mutação patogénica no gene *PLG*, com apresentação sob a forma de edema orofaríngeo e refratária à terapêutica padrão. A doente apresentou melhoria clínica parcial com Lanadelumab, salientando a sua potencial utilidade no AEH com C1-INH normal.

PO 06

UM CASO RARO DE INFECÇÃO DISSEMINADA POR MYCOBACTERIUM BOVIS APÓS TRATAMENTO INTRAVESICAL COM BCG

Daniela Baptista¹; José Braz²; Rodrigo Morgado²; Luisa Alvarenga²; Sofia Sobral²; Henrique Rita²

¹Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; ²Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

A instilação intravesical de *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) é uma terapêutica eficaz e amplamente utilizada no carcinoma da bexiga não músculo-invasivo. Apesar do bom perfil de segurança, podem ocorrer, raramente, complicações sistémicas graves, nomeadamente infeção disseminada por *Mycobacterium bovis*, cujo diagnóstico é desafiante e frequentemente clínico.

Relata-se o caso de um homem de 69 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e carcinoma urotelial papilar não infiltrativo, submetido a ressecção transuretral vesical e múltiplas instilações intravesicais de BCG por recidiva tumoral. Após reinício do tratamento com BCG, desenvolveu disúria e polaquiúria persistentes, seguidas de febre elevada vespertina, sudorese noturna, fadiga marcada e perda ponderal. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, febril, sem sinais focais neurológicos e sem sinais de dificuldade respiratória. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, citólise hepática e aumento da adenosina desaminase. A TC abdomino-pélvica revelou alterações vesicais, imagem compatível com abscesso prostático e padrão micronodular miliar nas bases pulmonares, confirmado em TC torácica. Apesar da negatividade das hemoculturas e exames microbiológicos, foi assumido o diagnóstico de infeção disseminada por BCG, com envolvimento vesical, prostático, pulmonar e hepático. Iniciou terapêutica anti-tuberculosa com isoniazida, rifampicina e etambutol, associada a piridoxina, com evolução clínica e analítica favorável progressiva. Teve alta após 43 dias de tratamento, mantendo seguimento em consulta especializada, encontrando-se posteriormente assintomático.

A infeção disseminada por BCG é uma complicação rara, mas potencialmente grave, com apresentação clínica inespecífica e dificuldade no isolamento microbiológico do agente. Este caso reforça a importância de um elevado índice de suspeição em doentes submetidos a instilações intravesicais que desenvolvam sintomas constitucionais persistentes. O diagnóstico precoce e a instituição atempada de terapêutica adequada são fundamentais para um desfecho favorável, destacando-se o papel da abordagem multidisciplinar.

PO 07

MIELOMA MÚLTIPLO DE CADEIAS LEVES – UM AGENTE SILENCIOSO E DISFARÇADO

Daniela Baptista; Vikesch Samji; Rita Mendes; Francisco Silva; Isabel Madruga

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

O mieloma múltiplo é uma neoplasia hematológica que pode manifestar-se de forma insidiosa, dificultando o diagnóstico precoce.

Apresenta-se o caso de uma mulher, 54 anos, autónoma, com HTA. Internada por tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral, diagnosticado por dispneia e dor pleurítica com uma semana de evolução. Referia ainda perda ponderal de 7 kg no último mês e lombalgia, tendo realizado TC lombar que revelou fratura compressiva de L3 sugestiva de etiologia neoplásica lítica. Admitida inicialmente em UCI por insuficiência respiratória tipo 1 grave, evoluiu favoravelmente, sendo transferida para enfermaria de medicina para estudo. Fez TC e RMN da coluna que evidenciaram múltiplas lesões osteolíticas dispersas pelas vértebras, compatíveis com infiltração difusa por provável mieloma múltiplo. Analiticamente sem anemia, insuficiência renal ou hipercalcemia. A eletroforese sérica e a imunofixação sérica foram negativas para picos monoclonais, com valores normais de imunoglobulinas. As cadeias leves kappa séricas estavam elevadas com aumento da razão kappa/lambda e a beta-2 microglobulina era de 3,35 mg/L.

Em imunofixação urinária com positividade para proteína de Bence-Jones e cadeias leves kappa (674 mg/L). O mielograma mostrou 13,4% de plasmócitos atípicos, e a imunofenotipagem da medula óssea identificou 3,45% de plasmócitos monoclonais aberrantes, confirmando o diagnóstico de mieloma múltiplo de cadeias leves, sendo posteriormente transferida para hematologia clínica para continuação de cuidados.

Este caso reforça a necessidade de um elevado índice de suspeição para mieloma múltiplo, especialmente em apresentações atípicas, como um TEP num doente com lesões líticas, apesar de sem CRA(B) nem picos monoclonais na eletroforese sérica. Destaca-se a importância do doseamento das cadeias leves e realização de biópsia óssea e mielograma para evitar atrasos no diagnóstico.

PO 08

HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO GRAVE – SERÁ NECESSÁRIO O TESTE DE SUPRESSÃO?

Daniel Francisco Santos Rodrigues; Beatriz Rosa; Carolina Oliveira; Laura Cainé; Flávia Freitas; Elsa Gonçalves

Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

Introdução: O hiperaldosteronismo primário é uma causa importante de hipertensão arterial (HTA) secundária, permanecendo subdiagnosticado, particularmente em doentes com HTA refratária. A Medicina

Interna assume um papel central na identificação de sinais de alerta, na exclusão sistemática de outras etiologias e na orientação adequada da investigação diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 47 anos, com antecedentes de HTA diagnosticada aos 40 anos, referenciada à consulta de Medicina Interna por HTA refratária a terapêutica anti-hipertensiva combinada e episódios recorrentes de crises hipertensivas. Durante a anamnese foi identificada história familiar de HTA em idade jovem e de acidente vascular cerebral precoce. A investigação diagnóstica revelou hipocaliemia espontânea recorrente. Foram excluídas causas renovasculares, feocromocitoma e outras etiologias endócrinas, não se identificando alterações estruturais ou vasculares em exames de imagem. O estudo analítico complementar evidenciou níveis baixos de renina plasmática e níveis elevados de aldosterona plasmática, com rácio aldosterona/renina significativamente aumentado, sustentando uma elevada probabilidade diagnóstica de hiperaldosteronismo primário.

Face ao quadro clínico e bioquímico fortemente sugestivo, considerou-se que a realização de teste de supressão não acrescentaria valor diagnóstico. Foi iniciada terapêutica com antagonistas do recetor mineralocorticoide, com melhoria do controlo tensional e correção da hipocaliemia. A doente foi posteriormente referenciada para Endocrinologia do hospital terciário, prosseguindo o estudo etiológico com identificação de subtipo e realização de cateterismo das veias suprarrenais.

Discussão: Este caso ilustra a importância de uma abordagem sistematizada da HTA refratária em contexto de Medicina Interna. Em doentes com sinais clínicos sugestivos, hipocaliemia espontânea e alterações marcadas do rácio aldosterona/renina, o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário pode ser estabelecido com elevada probabilidade, sendo razoável dispensar provas confirmatórias. A instituição precoce de terapêutica dirigida tem impacto prognóstico significativo na redução do risco cardiovascular.

PO 09

SÍNDROME SAPHO - DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA ENTIDADE RARA

Daniel Francisco Santos Rodrigues; Beatriz Rosa; Carolina Oliveira; Dany Cruz; Flávia Freitas; Gabriela Paulo; Laura Cainé; Elsa Gonçalves

Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

Introdução: A síndrome SAPHO (Sinovite, Acne, Pustulose, Hiperostose e Osteíte) é uma entidade rara, caracterizada por envolvimento osteoarticular inflamatório estéril, associado ou não a manifestações cutâneas. A sua apresentação clínica é heterogénea e pode mimetizar infeção óssea, neoplasia ou outras doenças inflamatórias ou autoimunes, tornando o diagnóstico complexo.

Caso clínico: Homem de 45 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna por dor torácica anterior de longa evolução, localizada ao esterno, associada a episódios intermitentes de poliartralgias e rigidez matinal ocasional. Referia ainda história de lesões cutâneas papulares e pruriginosas recorrentes nas palmas das mãos e nos pés, com um curso flutuante, sem diagnóstico dermatológico formal. Negava febre, perda ponderal ou outros sintomas sistêmicos. O estudo analítico seriado não apresetava elevação de parâmetros inflamatórios e o estudo autoimune dirigido foi negativo. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética do tórax evidenciaram esclerose e edema medular ósseo do manúbrio esternal e da primeira articulação condroesternal, achados sugestivos de processo inflamatório crônico. Para melhor caracterização da extensão do envolvimento osteoarticular, realizou-se cintigrafia óssea de corpo inteiro, que demonstrou hiperfixação do radiofármaco nas articulações esterno-claviculares, primeira articulação condrocostal bilateral e articulação manúbrio-esternal, configurando o sinal do “bull’s head”, característico da síndrome SAPHO. Perante a integração dos dados clínicos e imagiológicos, foi assumido o diagnóstico, tendo sido instituída terapêutica anti-inflamatória, com posterior referência para Reumatologia para otimização terapêutica.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da síndrome SAPHO e a importância da integração entre clínica e imagiologia. A cintigrafia óssea, através do sinal do “bull’s head”, constitui um achado imagiológico altamente sugestivo, permitindo reforçar o diagnóstico e evitar procedimentos invasivos ou tratamentos inadequados. O reconhecimento precoce desta entidade é fundamental para uma abordagem terapêutica dirigida e melhoria da qualidade de vida do doente.

PO 10

LIPID STORAGE MIOPATHY ASSOCIATED WITH SERTRALINE: A NEW REALITY

Ana Sofia Rodrigues; Inês Marques Ferreira

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Disorders of fatty acid β -oxidation are hereditary metabolic diseases that may present in adulthood, with predominantly muscular symptoms. Multiple acyl-CoA dehydrogenase deficiency (MADD), or glutaric acidemia type II (MIM#231680, ORPHA:26791), is a treatable inherited mitochondrial disease; however, acquired forms associated with sertraline use have been described, mimicking its phenotype and biochemical profile. We present the case of a 73-year-old man with progressive muscle weakness, rhabdomyolysis, elevated acylcarnitines compatible with MADD, imaging and histopathological evidence of lipid infiltration of muscle, but without detection of pathogenic variants in the ETFA, ETFB, or ETFDH genes. After discontinuation of

sertraline and initiation of riboflavin therapy, normalization of the biochemical profile and partial functional recovery were observed. This is the first nationally reported case of sertraline-induced MADD-like disease, highlighting the importance of recognizing this potentially reversible entity. Drug withdrawal and early metabolic treatment are essential for prognosis and prevention of recurrences.

PO 11

COLITE POR REATIVAÇÃO DE VÍRUS HERPES SIMPLEX TIPO 2

Rita Tinoco Magalhães¹; Inês Pacheco Santos²

¹ PP Hospital de Cascais; ²Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A colite por vírus Herpes Simplex tipo 2 (VHS-2) é uma entidade rara, descrita sobretudo em doentes imunossuprimidos ou com doença inflamatória intestinal.

Caso clínico: Mulher de 54 anos, com artrite reumatoide sob metotrexato e leflunomida, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por diarreia e febre. A diarreia iniciou-se 10 dias antes, após início de nirmatrelvir/ritonavir por COVID-19, tendo sido inicialmente atribuída a iatrogenia medicamentosa. Por persistência das queixas, associadas a febre e mal-estar geral, regressou ao SU. Analiticamente destacavam-se lesão renal aguda AK-KDIGO 3, hipocaliemia, anemia e trombocitopenia. Iniciou antibioterapia (ABT) empírica de largo espectro e suspenderam-se fármacos potencialmente implicados. A investigação etiológica da diarreia foi negativa, exceto calprotectina fecal elevada e TC abdominal contrastada com inflamação sigmoideia e retal. Observavam-se lesões herpéticas perianais, com PCR de VHS-2 positiva. Apesar da ABT, manteve diarreia. A retossigmoidoscopia revelou lesões ulceradas sugestivas de etiologia viral, não biopsadas. Assumiu-se o diagnóstico de colite por VHS-2. Iniciado aciclovir, com resolução completa do quadro. Os imunossupressores foram retomados sem recorrência dos sintomas. Em consulta um mês após a alta, encontrava-se assintomática.

Discussão: Apesar do diagnóstico presuntivo, a presença de lesões herpéticas perianais com PCR positiva para VHS-2, associada aos achados endoscópicos e à resposta rápida ao aciclovir, sustenta fortemente a etiologia herpética. A colite por VHS-2 é provavelmente subdiagnosticada, dada a apresentação inespecífica e a sobreposição com causas mais frequentes de diarreia em doentes imunossuprimidos. Este caso reforça a importância de considerar etiologias virais na colite refratária à ABT, uma vez que o atraso terapêutico pode associar-se a complicações graves (perfuração, disseminação viral), enquanto o tratamento antiviral precoce confere bom prognóstico.

PO 12

OCTREÓTIDO NA TERAPÊUTICA DE ANGIECTASIAS SANGRANTES

Rita Tinoco Magalhães¹; Inês Pacheco dos Santos²

¹ HPP Hospital de Cascais

² Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A hemorragia por angiectasias intestinais é um desafio terapêutico. A terapêutica endoscópica constitui a primeira linha, no entanto, casos refratários ou com múltiplas lesões impõem terapêutica médica. Atualmente, a que apresenta maior evidência é o octreótido, pela sua ação vasoconstritora.

Caso clínico: Doente masculino, 84 anos, autónomo, com antecedentes de cardiopatia isquémica. Admitido por precordialgia típica, tendo-se diagnosticado enfarte agudo do miocárdio sem supra-ST. Submetido a cateterismo eletivo com angioplastia da descendente anterior e iniciada dupla antiagregação (DAPT). Durante o internamento, agravamento de anemia conhecida, com melenas persistentes e dependência transfusional. O estudo endoscópico inicial foi negativo; a videocápsula identificou angiectasias sangrantes do jejuno proximal. Realizadas várias tentativas de hemostase endoscópica, incluindo enteroscopia de duplo balão, com controlo transitório. A hipótese cirúrgica foi considerada de risco proibitivo. Iniciou-se octreótido subcutâneo, com cessação das perdas hemáticas, estabilização da hemoglobina e redução marcada da necessidade transfusional. No total, recebeu 29 unidades de concentrado eritrocitário. A DAPT foi suspensa, mantendo antiagregação simples.

Manteve seguimento em consulta. Com alteração para octreótido de longa ação, resposta sustentada e necessidade transfusional a cada 1-2 meses.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da gestão da hemorragia por angiectasias em doentes com indicação para terapêutica antitrombótica. A hemostase endoscópica foi insuficiente neste caso. O octreótido revelou-se uma opção eficaz como terapêutica médica adjuvante, permitindo controlo hemorrágico sustentado. A decisão terapêutica exigiu abordagem multidisciplinar individualizada, equilibrando risco hemorrágico versus trombótico, salientando a importância de estratégias farmacológicas alternativas em contextos de elevada fragilidade clínica.

PO 13

HEPATITE TÓXICA INDUZIDA POR METFORMINA NA GRAVIDEZ

Rita Tinoco Magalhães¹; Inês Pacheco dos Santos²

¹ HPP Hospital de Cascais; ² Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A hepatite aguda na gravidez constitui um desafio diagnóstico, exigindo exclusão de etiologias víricas, autoimunes, metabólicas e específicas da gestação. A hepatotoxicidade medicamentosa é pouco

frequente neste contexto e raramente associada à metformina, fármaco amplamente utilizado e considerado seguro na gravidez.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, hipertensa, grávida de 17 semanas, iniciou metformina por disglucémia gestacional. Dias após, desenvolveu colúria, icterícia progressiva e prurido generalizado, sem febre, dor abdominal ou sintomas gastrointestinais. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, sem encefalopatia ou coagulopatia. Analiticamente apresentava hiperbilirrubinémia direta (BT ~9,9 mg/dL) e elevação marcada das transaminases (AST 1178, ALT 2367 UI/L), com INR e plaquetas normais. A ecografia abdominal não revelou alterações. Foi internada por hepatite aguda de etiologia indeterminada. Suspendeu-se metformina e iniciou-se tratamento de suporte e ácido ursodesoxicólico. O estudo etiológico excluiu hepatites víricas, autoimunes, metabólicas e infecciosas; os ácidos biliares encontravam-se elevados (>180 µmol/L). Verificou-se melhoria clínica e descida sustentada dos parâmetros hepáticos após suspensão do fármaco. A vigilância obstétrica manteve-se sem intercorrências.

Discussão: Este caso ilustra um diagnóstico raro mas relevante na grávida. A apresentação com icterícia e prurido, com elevação de ácidos biliares mimetizou colestase intra-hepática da gravidez (CIHG). A idade gestacional precoce (pouco compatível com CIHG), relação temporal com a introdução do fármaco, exclusão sistemática de outras causas e rápida melhoria após suspensão foram determinantes no diagnóstico. O caso reforça a necessidade de considerar hepatotoxicidade medicamentosa no diagnóstico diferencial da hepatite aguda na gravidez, mesmo com fármacos habitualmente considerados seguros.

PO 14

PLASMOCITOMA DA MAMA COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA NEOPLÁSICA DISSEMINADA

Marta Amaro; Mariana Da Silva Alves; Natalya Nedzelska; Baltazar Oliveira; Rita Calixto

ULSMT

Introdução: O plasmocitoma extramedular é uma neoplasia rara de plasmócitos, habitualmente localizada na cabeça e pescoço. O envolvimento mamário é excepcional e pode mimetizar carcinoma da mama ou metastização de tumor sólido, dificultando o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, previamente autónoma, recorreu por diminuição progressiva da força dos membros superiores e dor óssea com seis semanas de evolução, associada ao aparecimento de massas mamárias bilaterais. A imagiologia revelou compressão medular cervical, múltiplas lesões líticas vertebrais e pélvicas e volumosa lesão paraespinhal L3–L5. Observava-se nódulo duro aderente na mama esquerda. Analiticamente apresentava anemia normocítica, trombocitose, elevação da VS e LDH, pico

monoclonal IgG lambda e aumento de cadeias leves lambda, sem insuficiência renal nem hipercalcemia. Durante o internamento desenvolveu tromboembolismo pulmonar maciço, tratado com trombólise. Perante suspeita de neoplasia mamária metastizada foi realizada biópsia mamária. A doente apresentou deterioração clínica progressiva e faleceu antes do resultado. O exame anatomopatológico revelou infiltração por plasmócitos monoclonais compatível com plasmocitoma mamário.

Discussão: A apresentação com massas mamárias e doença óssea disseminada levou inicialmente à hipótese de carcinoma metastizado. Contudo, a presença de lesões líticas múltiplas e paraproteinemia deveria levantar suspeita de neoplasia plasmocitária. O envolvimento mamário é raro e frequentemente indistinguível de tumor sólido, tornando o diagnóstico dependente da histologia. Este caso reforça a importância de integrar dados laboratoriais e padrão imagiológico no diagnóstico diferencial de massas mamárias.

PO 15

ALÉM DO TÓRAX: UMA CAUSA ATÍPICA DE DERRAME PLEURAL

Marta Amaro; Rita Calixto; Baltazar Oliveira;
Mariana da Silva Alves; Natalya Nedzelska; Maria Sousa
ULSMT

Introdução: O derrame pleural é uma entidade frequente na prática clínica, com etiologia maioritariamente pulmonar ou cardíaca. No entanto, causas extra-torácicas, nomeadamente abdominais, devem ser consideradas, sobretudo em contexto pós-cirúrgico complicado. A distinção entre derrame pleural infeccioso primário e reação inflamatória secundária a foco abdominal é essencial para uma abordagem terapêutica adequada.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 34 anos, recorre ao serviço de urgência por dor torácica pleurítica direita com vários dias de evolução, associada a arrepios, sem febre documentada. Ao exame Objetivo destacava-se diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita. Analiticamente apresentava elevação marcada dos parâmetros inflamatórios. A tomografia computadorizada torácica revelou derrame pleural direito de moderado volume com atelectasia passiva adjacente, sem sinais de consolidação pulmonar ou embolia pulmonar. Apresentava antecedentes recentes de apendicite complicada por peritonite e abscessos intra-abdominais, com necessidade de laparotomia exploradora e drenagem cirúrgica, tendo cumprido antibioterapia de largo espectro. Atendendo à ausência de foco pulmonar evidente e à evolução imagiológica prévia, admitiu-se derrame pleural reativo em continuidade com processo séptico abdominal. Foi internado para estudo e tratamento, iniciando antibioterapia dirigida. Realizou drenagem pleural guiada por tomografia computadorizada, com drenagem de grande volu-

me de líquido sero-hemático. O estudo citoquímico foi compatível com exsudado, segundo os critérios de Light, sem critérios de empiema, e os exames microbiológicos foram negativos. Evoluiu favoravelmente, com melhoria clínica, descida sustentada dos parâmetros inflamatórios e redução do derrame pleural.

Discussão: Este caso ilustra uma causa menos frequente de derrame pleural exsudativo, secundária a foco séptico abdominal, reforçando a importância de uma abordagem integrada e anamnese detalhada. O reconhecimento desta etiologia permitiu orientar uma estratégia terapêutica adequada, com evolução clínica favorável. A origem abdominal do derrame pleural deve ser considerada sempre que o contexto clínico o sugira, particularmente no pós-operatório complicado.

PO 16

ENTRE ALERGIA E INFECÇÃO: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO EDEMA PERIORBITÁRIO BILATERAL EXUBERANTE

Ana Rita Freire; Mariana Branco; Cátia Faria;
Adriana Santos Silva; Renato Saraiva
ULS Região de Leiria - Hospital de Santo André

Introdução: A distinção entre celulite pré-septal e orbitária é crítica na prática clínica, pelo risco de compromisso da acuidade visual e complicações intracranianas associadas à extensão pós-septal. A diferenciação é essencialmente clínica, sendo a tomografia computadorizada (TC) determinante perante apresentações exuberantes ou atípicas.

A diabetes mellitus associa-se a disfunção da imunidade inata, configurando imunossupressão relativa e maior suscetibilidade a infeções, nomeadamente cutâneas e dos tecidos moles.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 83 anos, com diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada. Recorre ao Serviço de Urgência por edema periorbitário bilateral com início durante a madrugada, sem traumatismo ou picada identificável. Na véspera estivera no exterior durante a remoção de erva junça.

À admissão encontrava-se apirética e hemodinamicamente estável. Apresentava edema periorbitário exuberante com extensão malar e frontal, eritema, calor e exsudado seroso. Analiticamente, sem leucocitose e com discreta elevação da proteína C reativa.

Perante a hipótese inicial de reação alérgica/angioedema, realizou terapêutica endovenosa com clemastina e metilprednisolona, com discreta melhoria.

A ausência de resposta impôs reavaliação clínica. Foi submetida a TC orbitária e maxilo-facial que evidenciou espessamento dos tecidos moles periorbitários, sem envolvimento intraorbitário, sugestivo de infeção pré-septal.

Foi observada por Oftalmologia, que documentou movimentos oculares preservados, sem diplopia ou proptose. Assumindo o diagnóstico de celulite pré-septal, realizou ciclo de antibioterapia com amoxicilina/ácido cla-

vulânico 875/125 mg durante 7 dias, com resolução completa do quadro.

Discussão: A história e a apresentação clínica inicial constituiu uma armadilha diagnóstica, favorecendo a etiologia alérgica. A falência terapêutica, junto com a persistência de sinais inflamatórios, sustentou hipótese de etiologia infecciosa.

O recurso a imagiologia como complemento diagnóstico foi decisivo para evitar erro diagnóstico e de tratamento. Em doentes com contexto de DM, especialmente se mal controlada, a vulnerabilidade infecciosa decorrente de disfunção imunitária é central na interpretação clínica e estratificação do risco.

PO 17

HIPOGLICEMIA COM SINAIS FOCAIS: QUANDO O ESTÔMAGO ENGANA O CÉREBRO

Sara Patrícia Marques Silva; Inês Rafael Marques; Adriana Almeida; Sofia Festa; Liliana Oliveira; Pedro Neves
Centro Hospitalar do Médio Ave

A hipoglicemia, condição potencialmente grave, pode mimetizar o acidente vascular cerebral. Em doentes submetidos a cirurgia bariátrica, hipoglicemias tardias pós-prandiais podem refletir síndrome de dumping, uma complicação metabólica caracterizada por uma resposta insulínica exagerada secundária à rápida passagem de hidratos de carbono para o intestino delgado.

Caso clínico: Homem de 28 anos submetido a bypass gástrico há 3 anos, com antecedentes de tonturas e cefaleias que cediam após ingestão de alimentos açucarados. Teve perda de consciência durante 3 minutos precedida de mal-estar geral e tonturas com recuperação parcial inicialmente que melhorou após lhe terem dado água açucarada. Na admissão hospitalar, hemodinamicamente estável, apirético, com glicemia de 53 mg/dL. Ao exame neurológico com disartria ligeira, parésia facial central esquerda e hemiparésia esquerda grau 3/5, pontuando 5 no *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). Fez glicose hipertônica, iniciou soro glicosado 5% e ativada Via Verde de AVC. A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) não revelou alterações relevantes, eletrocardiograma e gasimetria normais. Apresentava distúrbios hidroeletrólíticos ligeiros (hipomagnesemia, hipofosfatemia). A pesquisa de drogas de abuso na urina e alcoolémia eram negativas. Os défices neurológicos regrediram gradualmente: em 8 horas, apresentava apenas hemiparésia ligeira (força 4/5); em menos de 24 horas: recuperação neurológica completa após normalização da glicemia. Repetiu TC-CE às 24 horas após admissão sem alterações. Fez TC abdominopélvica sem evidência de insulínoma.

Dado os antecedentes cirúrgicos e a clínica sugestiva de hipoglicemias ao longo de vários meses, foi equacionada síndrome de dumping tardia como etiologia provável para as alterações neurológicas (em contexto

de hipoglicemia). O doente teve alta com sensor de glicemia, ajuste de plano alimentar e iniciou seguimento em Consulta de Medicina e Endocrinologia e Nutrição, com confirmação diagnóstica de Síndrome de Dumping tardio.

Conclusão: O caso sublinha a importância da hipoglicemia como diagnóstico diferencial de défices neurológicos agudos. A síndrome de dumping tardia é uma complicação metabólica reconhecida do bypass gástrico, com necessidade de abordagem multidisciplinar.

PO 18

UMA INFECÇÃO SEM LIMITES: ESPONDILODISCITE CERVICAL POR CONTIGUIDADE

Dra Inês Liça; Dra Catarina Almeida
Uls Entre Douro e Vouga

Introdução: A espondilodiscite cervical secundária a perfuração espontânea de um divertículo esofágico é rara, mas potencialmente fatal, resultando da disseminação por contiguidade dada a proximidade anatómica.

Caso clínico: Mulher, 59 anos, antecedentes de artrose C6-C7 por fratura traumática (2021) com tetraparesia e episódios de regurgitação com cerca de 3 anos de evolução no contexto de divertículo de Zenker. Recorre ao SU por quadro de febre, sem padrão definido, sudorese noturna e dor ao nível do hemitórax e região dorsal direitas, com algumas semanas de evolução, associada a agravamento da tetraparesia. Sem clínica focalizadora de infeção. Análises com anemia normocítica normocrômica e elevação da PCR. Radiografia do tórax sem infiltrados, sedimento urinário sem alterações sugestivas de infeção do trato urinário. Admitida em internamento sob antibioterapia com ceftriaxone com melhoria paulatina dos parâmetros inflamatórios, mas com febre persistente. Estudo microbiológico (hemoculturas e urocultura) sem isolamento de agente. IGRA negativa, serologias víricas negativas. Estudo autoimune negativo. TC TAP sem foco infeccioso identificado e sem lesões suspeitas de neoplasia. PET-TC e RMN coluna revelaram espondilodiscite ao nível da osteossíntese com extensão intracanal, foraminal e pré-vertebral. Realizou desbridamento cirúrgico, revisão da fixação, com achado de loca de abscesso junto ao divertículo de Zenker e rotura esofágica com exclusão esofágica a dois tempos cirúrgicos. Ficou alimentada por jejunostomia. Aspirado do conteúdo purulento com isolamento apenas de *Cândida Albicans*, pelo que cumpriu ciclo de micafungina, ceftriaxone e vancomicina.

Discussão: Os casos de osteomielite vertebral e abscesso epidural secundários a perfuração esofágica são raros, e o diagnóstico tardio pela sua apresentação insidiosa. A abordagem cirúrgica precoce e terapêutica antimicrobiana prolongada dirigida (6–12 semanas), bem como a colaboração multidisciplinar, são fundamentais para melhorar o prognóstico.

PO 20

CUIDADOS PALIATIVOS NO JOVEM ADULTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Pereira Henriques; Cátia Macedo; André Maia;
Márcia Oliveira; Pedro Salvador; Ricardo Fernandes
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: O jovem adulto com doença oncológica avançada apresenta-se vulnerável quando confrontado com a interrupção abrupta do seu projeto de vida. A integração atempada dos Cuidados Paliativos (CP) continua a ser dificultada por estigma e expectativas terapêuticas centradas exclusivamente na cura, apesar da elevada complexidade das diferentes necessidades paliativas da pessoa-doente (PD).

Caso clínico: Homem de 21 anos, previamente saudável, diagnosticado com glioma difuso da linha média grau 4 após quadro de cervicalgia e hemiparesia esquerda progressivas. Após cirurgia descompressiva, quimioterapia (QT) e radioterapia (RT), verificou-se progressão da doença, sendo referenciado à consulta de CP em concomitância com proposta de QT paliativa de 2ª linha. Evoluiu com declínio funcional progressivo (Palliative Performance Scale 40%), caquexia, dor de difícil controlo e sofrimento psicoespíritual significativo. Apesar da consciência diagnóstica, mantinha projeções futuras irrealistas, traduzindo dificuldade de integração prognóstica. Perante complexidade sintomática e necessidade de cuidados diferenciados centrados na PD, foi admitido no internamento de CP. Desenvolveu sobreinfecção de úlceras de pressão, com resposta limitada à antibióterapia. A evolução clínica foi desfavorável marcada por febre persistente, delírium, dor refratária e sofrimento psicoespíritual. Para além do acompanhamento multidimensional foi realizada uma conferência familiar com a sua participação, promovendo clarificação de valores, redefinição de Objetivos terapêuticos bem como a transição de cuidados – tratamento sintomático exclusivo e definição dos lugares de cuidar/viver/morrer. Faleceu durante o internamento, de forma tranquila e digna acompanhado pelo pai.

Conclusão: Perante doença oncológica agressiva, a integração atempada dos CP enfrenta importantes barreiras nesta faixa etária. São essenciais para prevenir sofrimento evitável, alinhar expectativas e garantir cuidados proporcionais e dignos.

PO 21

QUANDO A RESPOSTA TERAPÊUTICA CONFIRMA O DIAGNÓSTICO

Andrea Naddaf Duarte; Elisangela Moreira; Elena Pirtac;
Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: Entre as doenças inflamatórias sistémicas, a doença de Still do adulto é uma entidade rara, caracterizada por febre elevada, exantema evanescente e

envolvimento articular, acompanhada de marcadores inflamatórios elevados e ausência de autoanticorpos específicos.

Caso clínico: Mulher 37 anos, natural do Brasil em Portugal há 7 anos. Sem antecedentes pessoais. Recorreu ao SU por quadro de 1 semana de evolução com febre 39.5°C, odinofagia, artralgias nos punhos, interfalângicas proximais e joelhos, subitão, ao longo do dia, associado a rigidez sem sinais inflamatórios, cefaleia parieto-occipital, anorexia, mal-estar geral, adenomegalias cervicais e exantema maculopapular, urticariforme, pruriginoso, que agrava com aumento da temperatura corporal, stress ou ao coçar, nos membros superiores e inferiores, abdómen e dorso, poupando face, tórax anterior, palmas e plantas. Refere 2 episódios prévios semelhantes. Viagem recente ao Brasil. EO febril T38.2°C, taquicárdica 141bpm, sem outras alterações. Internada com síndrome febril a esclarecer. Durante o internamento manteve febre persistente apesar de analgesia em esquema, além de exantema maculopapular evanescente, associado a febre ou ansiedade. Evoluiu clinicamente com melhoria da cefaleia e odinofagia mas com aparecimento de artrite, mialgias e mal-estar geral. Durante o internamento, Leuc 23k, neut 21k (89%), PCR 43mg/dL, autoimunidade negativa, serologias negativas, PL com LCR inocente. Realizou TAC-TAP que evidenciou adenopatias cervicais, axilares e mediastínicas. Ecocardiograma excluiu endocardite. Realizou biópsia de gânglio axilar com linfadenopatia reativa e ainda mielograma que identificou uma medula reativa. Por apresentar serologia de Rickettsia IgM positiva (desconfirmada por resultado negativo no INSA), cumpriu Doxiciclina 7dias, sem melhoria do quadro, mantendo febre. Por suspeita de doença de Still a doente iniciou prednisolona 40mg/dia, com remissão da febre, melhoria da poliartrite e melhoria das queixas sistémicas. Analiticamente melhoria da anemia e queda marcada da PCR (45»17mg/dL).

Conclusão: Este caso clínico evidencia a complexidade diagnóstica da doença de Still do adulto, sobretudo na fase inicial, em que o quadro pode mimetizar infeções sistémicas ou doenças linfoproliferativas.

PO 22

QUANDO A QUEDA NÃO É O PROBLEMA PRINCIPAL

Andrea Naddaf Duarte; Elisangela Moreira; Elena Pirtac;
Francisca Delerue
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: A flegmasia cerúlea dolens constitui uma forma rara e grave de trombose venosa profunda, caracterizada por compromisso vascular agudo do membro, elevado risco de embolia pulmonar e elevada mortalidade.

Caso clínico: Homem de 71 anos, com antecedentes pessoais de HTA, DM2, dislipidemia, neo da próstata

tratada cirurgicamente 2024 em remissão bioquímica. Hábito tabágico (60UMA). Doente recorreu ao SU por queda da própria altura com traumatismo occipital e dor intensa no ombro direito, sem perda de consciência ou sintomas neurológicos focais agudos. Os exames complementares realizados revelaram, em TC crânio-encefálica múltiplas hipodensidades subcorticais e justacorticais e pequenas lesões nodulares com edema vasogénico, sugestivos de lesões secundárias. A radiografia de tórax identificou lesão nodular apical esquerda, reforçando a suspeita de doença neoplásica ativa. Analiticamente destacava-se anemia ligeira, leucocitose neutrofílica, elevação da fosfatase alcalina, com função renal preservada. No SU com diminuição do débito urinário, recusa alimentar e agravamento do estado geral, encontrando-se desidratado, caquético, com queixas álgicas, disfagia marcada, confusão e discurso pobre. Foi admitida infeção urinária e iniciada antibioterapia, tendo a alta sido recusada pela família por incapacidade de garantir cuidados no domicílio. Durante o internamento, quadro subitido de desaturação e MI esquerdo edema premaleolar, cianótico até zona inguinal, frio, pulso não palpável, pelo que foi diagnosticado flegmasia Cerulea Dolens medicado com Hidrocortisona 200 mg e BD, conectado a VNI. Análises com D-Dímeros 62.56 µg/mL. AngioTAC dos membros com tromboembolismo pulmonar e sinais muito sugestivos de trombose venosa profunda bilateralmente. Iniciou anticoagulação terapêutica com melhoria da perfusão do MI esquerdo e melhoria do estado e consciência.

Conclusão: A evolução súbita para flegmasia cerúlea dolens associada a tromboembolismo pulmonar traduziu uma complicação trombótica grave, rapidamente fatal se não reconhecida e tratada precocemente. A anticoagulação terapêutica revelou-se decisiva, permitindo melhoria clínica e recuperação da perfusão do membro afetado.

PO 23

SÓ UM DERRAME PLEURAL PARA ESTUDO

Andrea Naddaf Duarte; Elisangela Moreira; Elena Pirtac; Jose Proenza; Susana Boavida; Gonçalo Nunes; Rui Branco
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: O derrame pleural pode ter múltiplas etiologias, sendo a fístula pancreático-pleural uma causa rara associada à pancreatite crónica. Caracteriza-se por derrames pleurais recorrentes com elevação de amilase no líquido pleural, exigindo elevado grau de suspeição clínica para diagnóstico.

Caso clínico: Homem 53 anos, natural Cabo Verde. AP: DM2 IT, pancreatite crónica etiologia alcoólica. MH: Insulina. Recorreu ao SU por dor torácica a direita tipo pleurítica, intensa, sem irradiação, escala dor 4, agravamento progressivo, astenia com um mês de evolução. Negava febre ou tosse. EO no SU: Doente vígil e orientado. Apirético. SatO2 98%. FC 102bpm. TA

164/110mmHg. Eupneico em AA. ACP: sem alterações. Abdómen: RHA+, mole, depressível, indolor. MIs sem edemas. Análises sem Pis, com monocitose, hipercalemia ligeira, hiponatremia moderada, hiperglicemia. GSA em aa com insuficiência respiratória parcial e hipoxemia. Rx de tórax com derrame pleural bilateral mais exuberante a esquerda. Internado para estudo de derrame pleural. Realizada toracocentese a esquerda com amilase aumentada. Realizado toracocentese a direita sem alterações. TAC TAP imagem hídrica encapsulada mediastínica posterior com disposição arciforme anteriormente ao esófago, continuando-se pelo hiato esofágico e cruzando adjacente ao caudado e lobo esquerdo hepático, parecendo terminar grosseiramente em topografia cefálica pancreática. Doente refez em diversas oportunidades derrame pleural após toracocentese. Pedida avaliação da gastroenterologia que fez Endoscopia Transesofágica pancreática com drenagem da massa hídrica e colocação do pigtails. Por aumento dos Pis e febre foi iniciado piperacilina/tazobactam com melhoria clínica. Como intercorrência o doente apresentou toracalgia com ecoTT e ecoTE com estruturas filiforme e móveis aderente ao aparelho subvalvular da válvula mitral que parecem corresponder a corda secundária/terciária rota. Serologia Borrelia IgM positiva e teste confirmatório IgM positivo, confirmando diagnóstico de endocardite por doença de Lyme.

Conclusão: A identificação precoce da etiologia pancreática no derrame pleural é fundamental para orientar o tratamento adequado e prevenir complicações, destacando a importância de uma abordagem diagnóstica integrada e multidisciplinar.

PO 24

QUANDO A TUBERCULOSE PIORA SOB TRATAMENTO: SÍNDROME DE RECONSTITUIÇÃO IMUNOLÓGICA NUMA GESTANTE

Rita Pinto Moreira; Mariana Santos Freitas; Júlio Daniel Pacheco; Zélia Lopes; Lindora Pires; Diana Pereira Anjos

Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

A tuberculose é um desafio diagnóstico e terapêutico na gravidez. Mulher, 30 anos, sem antecedentes ou contexto epidemiológico relevantes, referenciada por eritema nodoso. Sem perda ponderal, diaforese noturna ou febre. À observação: adenomegalias axilares dolorosas, auscultação pulmonar limpa, sem outras alterações ao exame físico. HIV negativo. Solicitada tomografia computadorizada (TC) para determinar extensão das adenomegalias, e exérese de gânglio. No dia da realização dos exames, doente recusou por ter engravidado. Em alternativa, submetida a biópsia ganglionar por agulha fina eco-guiada. Histologia descreve linfadenite granulomatosa necrotizante e PCR de DNA de *M. tuberculosis* positivo. Referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) por tuberculose (TB)

ganglionar para realização de 12 meses de HRZE. No 2º mês de tratamento, queixas de dispneia, verificando-se derrame pleural direito com critérios de exsudado, adenosina desaminase elevada e positividade para PCR DNA *M. tuberculosis*. Recusou broncoscopia para exclusão de TB pulmonar. Gestação complicada por restrição de crescimento intra-uterino, submetida a cesariana às 36 semanas. No último mês de tratamento, admitida aumento dimensional ganglionar axilar esquerdo associada à elevação da Proteína C Reactiva. TC relata trombose da veia basilica esquerda e adenomegalias dispersas pelas cadeias axilares, retropeitorais e supraclaviculares esquerdas. Exérese de gânglio axilar com histologia de linfadenite granulomatosa necrotizante e imunofenotipagem a excluir doença linfoproliferativa. Após discussão multidisciplinar, assumido síndrome de reconstituição imunológica (SRI), e instituída prednisolona 40mg/dia, com resolução clínica. Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico e tratamento da tuberculose em gestantes bem como alerta para o SRI se agravamento clínico.

PO 25

SÍNDROME RETROVIRAL AGUDA NA JANELA IMUNOLÓGICA: BICITOPENIA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL

Jay Bagoandas¹; Mariana Gaspar²; Nathalie Duarte³; Beatriz Correia³; Mariana Silva³; Maria Margarida Pereira³; Eugénio Teófilo³; Márcia Pereira⁴

¹ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos Serviço de Medicina ^{2,3}; ²ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos Serviço de Medicina ^{2,3}; ³ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Medicina ^{2,3}; ⁴ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Medicina ^{2,3}

Introdução: A infecção aguda pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) constitui um desafio diagnóstico pela clínica inespecífica, frequentemente semelhante a uma síndrome viral e pela possibilidade de testes negativos durante a janela imunológica. Nesta fase, pode existir antigénio p24 positivo e carga viral elevada antes da seroconversão. As alterações hematológicas, nomeadamente leucopenia e trombocitopenia, podem constituir manifestações iniciais descritas na literatura. **Caso clínico:** Homem de 45 anos, natural da Eritreia, recorre ao serviço de urgência por cefaleia, sensação febril e cansaço com uma semana de evolução. Referia relações sexuais desprotegidas no mês anterior. Apresentava exame Objetivo inocente. Analiticamente evidenciava bicitopenia com leucopenia ($1,3 \times 10^9/L$), associada a neutropenia e linfopenia e trombocitopenia ($90 \times 10^9/L$). Sem alterações na eletroforese de proteínas. O teste de antigénio p24 revelou-se positivo em duas determinações, com teste confirmatório negativo, quadro compatível com janela imunológica. Apresentava carga viral de $6,0 \times 10^7$ cópias/mL e CD4+ 121 células/ μL . Realizou-se mielograma e biopsia óssea, sem alterações relevantes. Após colheita

para teste de resistência genotípica antes do início da terapêutica, iniciou terapêutica antirretroviral (TARV) com bictegravir, emtricitabina e tenofovir alafenamida, com boa tolerância. Verificou-se melhoria progressiva da bicitopenia e da sintomatologia, tendo tido alta com indicação para manter TARV e iniciar seguimento em consulta. Na reavaliação analítica, verificou-se diminuição substancial da carga viral para 1.260 cópias/mL e aumento dos CD4+ para 307 células/ μL . Além disso, o teste de resistência genotípica não revelou mutações de resistência à TARV.

Discussão: O caso reforça a necessidade de considerar infecção aguda por VIH perante bicitopenia inexplicada, especialmente em doentes com história de exposição de risco. A síndrome retroviral aguda é frequentemente confundida com síndrome gripal, sendo subdiagnosticada. A bicitopenia pode resultar de supressão medular direta pelo VIH, mecanismos imuno-mediados e aumento da destruição periférica. O diagnóstico precoce permite início imediato de terapêutica, recuperação imunológica mais rápida e redução significativa da transmissão.

PO 26

DO ENFARTE AO AVC: QUANDO A AUSÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA MASCARA UM CARCINOMA RENAL

Adriano Heemann Pereira Neto¹; Sofia Castelo Da Graça²; Lueji Gumbe²; Ana Isabel Ribeiro²; Joana Moniz²; Margarida Cerqueira²

¹Hosp Leiria; ²Hosp Leiria

Doenças cardio e cerebrovasculares na população jovem são raras, devido à pouca prevalência de comorbilidades. Resultam sobretudo de dissecação arterial, defeito CV congénito, doenças do tecido conjuntivo, estados de hipercoagulabilidade, trombofilias, vasculites, drogas intravenosas e doenças genéticas, muitas vezes sem fatores de risco clássicos. Por conseguinte, neoplasias quase nunca são as primeiras causas a serem excluídas.

Apresentamos um homem, 46 anos, que dá entrada na urgência com hemiparesia direita, afasia global, alteração do estado de consciência, e agitação psicomotora, com evolução na última hora. Apresentava antecedentes pessoais de obesidade, HAS, dislipidemia e enfarte agudo do miocárdio aos 44 anos, cuja etiologia não foi esclarecida, e está medicado com AAS, clopidogrel e sinvastatina 20 mg; contudo, não os utilizou nos 3 dias prévios ao episódio.

Realizou TC-CE que demonstrou área isquémica em evolução no núcleo lenticular e córtex insular esquerdos, e trombo endoluminal na ACI esquerda. Assim, iniciou alteplase e foi transferido para realização de trombectomia.

Do estudo etiológico no internamento, destacava-se eletroforese de proteínas com pico monoclonal IgG/

lambda: proteína M 0,949 g/dL, sem critérios CRAB. Estudo de trombofilias hereditárias negativo; serologias para sífilis, VIH, VHB e VHC negativas, assim como IGRA e pesquisa de *Borrelia*, varicela, *Bartonella*, Chagas e Fabry. CADASIL negativo; estudo de autoimunidade negativo. Ecocardiograma TT e TE sem alterações, assim como Holter e EDA. Doppler dos membros inferiores com microtrombos.

Optou-se por alargar o estudo e realizar TC de tórax, abdómen e pelve, que evidenciou massa tumoral renal direita de 6,5 cm. Foi realizada biópsia que revelou carcinoma de células renais. Durante o internamento ocorreu transformação hemorrágica do AVC, com agravamento muito marcado do quadro clínico. O doente teve alta para a RNCCI após nefrectomia e manteve seguimento em consulta externa.

Este caso demonstra que é fundamental a realização de um estudo etiológico exaustivo dos eventos CV no jovem, pois, apesar da ausência de alterações urinárias e da função renal preservada, identificou-se uma neoplasia renal como causa do AVC, a qual provavelmente teria sido evitada se, aquando do EAM, tivesse sido investigada a etiologia.

PO 27

PÊNFIGO VULGAR - CASO CLÍNICO

Nuno Leão Mendes

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

O pênfigo vulgar é uma doença bolhosa autoimune rara, potencialmente grave, cuja apresentação inicial pode ocorrer no contexto de queixas inespecíficas e de difícil valorização em Medicina Interna.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 82 anos, sem antecedentes relevantes, com erosões extensas da mucosa oral, odinofagia, disfagia e perda ponderal, precedidas de queixas oculares inflamatórias e febre. O quadro arrastado, refratário a múltiplas abordagens terapêuticas prévias, motivou referência à Medicina Interna. Ao exame Objetivo evidenciavam-se erosões orais com sinal de Nikolsky positivo. A biópsia revelou bolha suprabasal com acantólise e o doseamento de anticorpos anti-desmogleína 3 foi positivo (124 RU/mL), confirmando o diagnóstico. Iniciou corticoterapia sistémica (1 mg/kg/dia), com resposta parcial, tendo sido necessária associação de azatioprina, com evolução favorável.

Este caso evidencia o papel central da Medicina Interna na integração diagnóstica de estomatite refratária associada a manifestações sistémicas, na exclusão de diagnósticos diferenciais e na instituição atempada de terapêutica imunossupressora, prevenindo complicações potencialmente graves.

PO 28

ABCESSOS HEPÁTICOS DE ETIOLOGIA PARASITÁRIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Joana H. Teixeira¹; Álvaro Zia¹; Marta Carinhas¹; Patrícia Ferreira¹; Inês Carvalho¹; Daniela Rodrigues¹; Daniel Botelho¹; António Cardoso¹; Martinho Fernandes¹; Daniela Costa¹; Afonso Gonçalves²

¹Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário; ²Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: Os abcessos hepáticos são maioritariamente de etiologia bacteriana; contudo, perante uma exposição epidemiológica relevante, deve considerar-se a etiologia parasitária, sobretudo se houver uma evolução atípica ou ausência de resposta à antibióterapia empírica. A fasciolíase hepática, zoonose causada pela *Fasciola hepática*, apresenta baixa prevalência na Europa, o que nos exige um alto grau de suspeição para não ser subdiagnosticada.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, portuguesa, professora com atividade profissional em Timor-Leste (set/2023–dez/2024). Antecedentes de hipotireoidismo sob terapêutica com levotiroxina. Desde out/2024 com síndrome febril intermitente, náuseas e desconforto abdominal difuso; realizou na altura ecografia abdominal que revelou lesão focal hepática sugestiva de abcesso, tendo cumprido antibióterapia empírica sequencial com ceftriaxone, metronidazol e cefuroxima. Por agravamento do quadro com febre persistente, foi evacuada para Portugal. Durante o internamento completou antibióterapia de largo espectro com piperacilina/tazobactam, clindamicina, meropenem e linezolide, sem isolamentos bacteriológicos e com manutenção da febre. O metronidazol foi suspenso por suspeita de neuropatia periférica. Foi descartado qualquer outro foco infeccioso, nomeadamente cardiogénico, assim como outras serologias bacterianas e virais. Na evolução imagiológica constatou-se agravamento das lesões, agora múltiplas, não drenáveis nem biopsáveis, predominantemente sólidas com liquefação parcial. Dado o contexto epidemiológico, foram solicitadas serologias para *Fasciola hepática* e *Entamoeba histolytica*; resultando a primeira positiva. A doente iniciou triclabendazol, com resolução sintomática, apirexia sustentada e regressão imagiológica completa.

Conclusão: O caso evidencia a importância de considerar etiologias parasitárias em abcessos hepáticos de evolução atípica, sobretudo com exposição endémica. A fasciolíase pode mimetizar abcesso bacteriano, conduzindo a terapêuticas prolongadas e ineficazes. A integração da história epidemiológica é determinante para diagnóstico e tratamento adequados.

PO 29

QUANDO OS IÕES CONTAM A HISTÓRIA: UM CASO DE DOENÇA DE ADDISON

Catarina Pousa; Mariana Lourenço; Dora Gomes; Inês Cunha; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A doença de Addison consiste numa forma de insuficiência adrenal primária, que conduz à deficiência de cortisol e aldosterona. Trata-se de uma entidade rara, cujo diagnóstico exige um elevado grau de suspeição clínica, uma vez que os sinais e sintomas iniciais são frequentemente insidiosos e inespecíficos. Está associada a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade quando não é reconhecida atempadamente e o tratamento adequado não é instituído de forma precoce. Homem de 23 anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro de lipotímia. Referiu fadiga progressiva, associada a hipotensão arterial e avidez para alimentos ricos em sal. Tinha tido um internamento recente por pneumotórax espontâneo e vômitos incoercíveis, lesão renal aguda, acidose metabólica, hipercaliemia e hipotensão. Negou outros antecedentes pessoais ou medicação habitual.

Ao exame Objetivo salientava-se mucosas desidratadas, hipotensão arterial e taquicardia. Na admissão apresentava hipercaliemia de 6.6 mmol/L, hiponatremia de 127 mmol/L e hipoglicemia de 26 mg/dL.

Realizou terapêutica hipocaliémica, fluidoterapia e, por suspeita insuficiência supra-renal, iniciou hidrocortisona, com melhoria do perfil tensional e correção dos distúrbios iónicos. O estudo analítico revelou diminuição da aldosterona (20.1 pg/mL), aumento da renina (1000 UI/ml) e aumento da ACTH (1215 pg/mL), confirmando assim doença de Addison. A ressonância magnética mostrou atrofia das glândulas supra-renais. O estudo autoimune, nomeadamente anticorpos anti-supra-renal, revelou-se negativo. Teve alta com seguimento em consulta externa e medicado com hidrocortisona e fludrocortisona.

A Doença de Addison deve ser considerada perante a presença de hipotensão, hiponatremia, hipercaliemia e hipoglicemia, particularmente em doentes jovens sem antecedentes pessoais relevantes. A instituição precoce de terapêutica dirigida é fundamental para a estabilização clínica e prevenção de complicações graves.

PO 30

NEM TUDO O QUE É CASEIRO FAZ BEM AO FÍGADO

Catarina Pousa; Mariana Lourenço; Dora Gomes; Inês Cunha; Cristina Santos; Edite Nascimento

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

O vírus da hepatite E (HEV) apresenta distribuição mundial e constitui uma causa relevante de hepatite aguda. A infeção é muitas vezes subdiagnosticada, dada a apresentação clínica inespecífica, frequentemente assintomática, a sensibilidade limitada dos testes se-

rológicos e a ausência de pesquisa sistemática.

Mulher de 48 anos, com antecedentes de psoríase sob terapêutica imunossupressora, recorreu ao serviço de urgência por febre, mialgias e artralgias. O exame Objetivo não revelou alterações. Analiticamente destacava-se trombocitopenia e elevação dos parâmetros hepáticos: fosfatase alcalina 202 UI/L, GGT 212 UI/L, ALT 1044 UI/L e AST 811 UI/L, com parâmetros inflamatórios negativos. A ecografia abdominal não evidenciou alterações agudas. Foi internada para vigilância e estudo etiológico. O estudo autoimune e serologias para hepatites A, B e C, citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, VIH, treponema pallidum, rickettsia, toxoplasmose, leptospira foram negativos. Eletroforese de proteínas, função tiroideia, cinética do ferro e ceruloplasmina sem alterações. Rastreio séptico negativo. Apresentou melhoria clínica e analítica à data de alta, permanecendo a investigação inconclusiva.

Em reavaliação na consulta, identificaram-se IgM anti-HEV positivas e IgG negativas, exames pendentes à data da alta, confirmando hepatite E aguda. O caso foi notificado à Saúde Pública, tendo sido identificada história de consumo prévio de salpicão de produção caseira, e deteção de HEV no alimento. No rastreio dos três coabitantes, um apresentava IgG anti-HEV positiva e IgM negativa. A doente demonstrou seroconversão aos seis meses.

Este caso reforça a importância da pesquisa de HEV em casos de hepatite aguda, apesar da sua baixa prevalência em Portugal. O consumo de produtos suínos caseiros ou insuficientemente cozinhados constitui um fator de risco relevante, sendo a notificação fundamental para identificação da fonte e implementação de medidas de saúde pública.

PO 31

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO CONSEQUÊNCIA RARA DE NEOPLASIA SÓLIDA

Ana Rita Belo Afonso; Sara Sintra; Maria Eugénia André

Hospital Amato Lusitano

A anemia hemolítica autoimune ocorre por destruição de glóbulos vermelhos do próprio organismo em resposta a autoanticorpos. Pode ser idiopática ou secundária a infeções, fármacos, doenças autoimunes ou neoplasias, as hematológicas mais comuns e as sólidas menos comuns.

Mulher de 73 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por icterícia mucocutânea e cansaço, sem outros sintomas. À entrada apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, com palidez e icterícia mucocutânea, sem dor ou massas à palpação abdominal, sem adenopatias palpáveis.

Do estudo analítico destaca-se: anemia normocrômica e normocítica (Hb 8,3 g/dL), hiperbilirrubinemia 4,19 mg/dL, à custa da indireta, sem aumento significativo dos parâmetros inflamatórios, LDH elevada (617 U/L),

haptoglobina baixa (<0,03 g/L), teste de Coombs direto positivo (IgG ++++), sugestivo de anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes. Iniciada corticoterapia com metilprednisolona 500 mg ev. durante 3 dias, com necessidade de realizar imunoglobulinas, seguido de prednisolona 60 mg/dia, com correção paulatina da anemia.

Do estudo etiológico salienta-se: exame físico com nódulo palpável na mama esquerda, elevação da VS > 140 mm, serologias, culturas e autoimunidade negativas. TC toraco-abdomino-pélvica sem presença de adenopatias; mamografia e ecografia mamárias com nódulo hipoecogénico de contornos irregulares e aspecto sólido com 23 mm na mama esquerda, BI-RADS 5. Realizada biópsia mamária: carcinoma ductal invasivo, GII/III, triplo negativo, Ki67 30%, classificação cT2N0M0. Proposta para mastectomia esquerda com biópsia de gânglio sentinela negativa.

A anemia hemolítica pode ser a primeira manifestação de neoplasia, sendo importante o estudo etiológico. A manifestação paraneoplásica em doentes com tumor sólido geralmente está associada a mau prognóstico, ocorrendo em fases mais tardias da doença e muito raramente em fases iniciais. O tratamento tem por base a corticoterapia aliada ao tratamento da causa subjacente.

PO 32

AUTONOMIA NO FIM DE VIDA: SUSPENSÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E SEDAÇÃO PALIATIVA

Ana João Gonzaga; Patrícia Cláudio; Luis Silva;
Ana Luis Vasconcelos; Olinda Caetano; Margarida Monteiro;
Rosário Araújo
ULS Braga

Introdução: A gestão de doentes com patologias neuromusculares progressivas e dependência tecnológica coloca desafios éticos complexos no fim de vida. O respeito pela autonomia do doente cognitivamente preservado, permitindo a recusa ou suspensão de tratamentos de suporte vital, é um pilar da prática médica contemporânea, exigindo uma abordagem multidisciplinar estruturada.

Caso clínico: Feminino, 54 anos, com calpainopatia (distrofia muscular de cinturas) evoluída, tetraparésica e totalmente dependente. Apresentava insuficiência respiratória crónica global sob ventilação não invasiva (VNI) contínua e histórico de abuso de benzodiazepinas para tolerância à mesma. Foi admitida por pneumonia pneumocócica com insuficiência respiratória agudizada. Apesar da resolução da infeção e dos parâmetros inflamatórios, manteve dependência de VNI 24 horas/dia, com dessaturação imediata em segundos à suspensão e disfagia grave com necessidade de sonda nasogástrica. A doente manifestou vontade reiterada de suspender a VNI, ciente do desfecho letal, por

considerar a sua qualidade de vida atual intolerável. Avaliações pela Neurologia, Psiquiatria e Equipa de Cuidados Paliativos confirmaram a capacidade de autodeterminação, ausência de psicopatologia e uma decisão sólida e amadurecida. Após parecer favorável da Comissão de Ética, que enquadrou o pedido como limitação terapêutica por recusa da doente, procedeu-se ao plano de fim de vida. No 29.º dia de internamento, sob sedação paliativa para alívio do desconforto ventilatório, a VNI foi retirada na presença da família. O óbito ocorreu três horas e meia depois por falência respiratória.

Discussão: Este caso sublinha a primazia da autonomia do doente na recusa de tratamentos fúteis ou excessivamente onerosos. A distinção entre suspensão de suporte vital (limitação terapêutica) e morte medicamente assistida é fundamental para o enquadramento ético-legal em Portugal. A sedação paliativa surge como uma intervenção essencial para garantir a dignidade e a ausência de sofrimento no processo de morrer.

PO 33

DISCRASIAS PLASMOCITÁRIAS COM ATINGIMENTO RENAL: UM AMPLO ESPECTRO DE APRESENTAÇÕES CLÍNICAS

Daniel Santos Rodrigues¹; Sara Gomes²; Susana Pereira²;
Clara Almeida²; Ana Ventura²

¹Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende; ²Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: As discrasias plasmocitárias constituem um grupo heterogéneo de patologias associadas à produção de imunoglobulinas monoclonais, sendo o atingimento renal uma manifestação frequente e, por vezes, inaugural. A diversidade de mecanismos fisiopatológicos traduz-se em apresentações clínicas distintas, podendo dificultar o diagnóstico precoce e atrasar terapêutica dirigida, com impacto prognóstico.

Caso clínico: Apresentam-se três casos clínicos de doentes admitidos em contexto de lesão renal aguda (LRA) secundária a discrasias plasmocitárias com atingimento renal, com apresentações clínicas e mecanismos fisiopatológicos distintos. O primeiro caso corresponde a uma doente com LRA rapidamente progressiva, síndrome nefrítico/nefrótico e anemia, em que o estudo revelou mieloma múltiplo de cadeias leves kappa, a biópsia renal evidenciou glomerulonefrite membranoproliferativa com depósitos monoclonais de cadeias leves associada a tubulopatia por cristais.

O segundo caso descreve uma doente com LRA não oligúrica em doença renal crónica, anemia grave e hipervolemia, em que se identificou uma gamopatia monoclonal IgG lambda, a biópsia renal revelou glomerulopatia por C3 associada a gamopatia monoclonal, sem critérios hematológicos de mieloma múltiplo. O terceiro caso refere-se a uma doente com LRA oligúrica associada a dores ósseas e anemia, consumo

recente de anti-inflamatórios não esteroides, com identificação de pico monoclonal IgG kappa, cadeias leves livres muito elevadas, biópsia de medula óssea com 8% de plasmócitos, em amostra moderadamente diluída, não excluindo mieloma múltiplo, assumindo-se nefropatia por cilindros como mecanismo de atingimento renal.

Discussão: Os casos apresentados demonstram a heterogeneidade de apresentação das discrasias plasmocitárias com atingimento renal e reforçam a importância de um elevado índice de suspeição clínica perante a doentes com LRA de etiologia indeterminada, particularmente quando associada a anemia, proteinúria ou alterações do sedimento urinário. A realização precoce de estudo dirigido, complementado, quando indicado, por biópsia renal e/ou de medula óssea, é fundamental para a identificação do mecanismo de lesão e para o início precoce de tratamento, com impacto na recuperação da função renal e no prognóstico do doente.

PO 34

O OLHO COMO JANELA PARA O CORAÇÃO

Juliana Nogueira; Christian Neves; Paula Mesquita; Daniela Alves; João Fonseca; Filipa Coroado Ferreira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A endocardite infecciosa (EI) permanece um desafio diagnóstico, dependendo da integração de achados clínicos, microbiológicos e imagiológicos. Os Critérios de Duke, atualizados em 2023, reforçam a importância dos fenómenos vasculares clínicos, onde se inclui a hemorragia subconjuntival, presente em 5-10% dos casos.

Homem de 72 anos, com antecedentes pessoais de anemia perniciosa e de abscesso dentário um mês antes. Medicado com cianocobalamina oral.

Internado por endocardite aguda de válvula aórtica nativa, confirmada por ecocardiograma transesofágico (ETE), a *Streptococcus mitis/oralis* multissensível, identificado em hemoculturas. Controlo por ETE após 18 dias de terapêutica dirigida, com agravamento das duas vegetações previamente identificadas, uma delas mais longilínea e de aspeto friável, e da insuficiência aórtica de ligeira para moderada. No dia seguinte, desenvolve hemorragia subconjuntival nos quadrantes nasais do olho direito. Sem alterações da campimetria ou da acuidade visual. Sem registo de picos hipertensivos ou trauma local. Sem défices neurológicos. Simultaneamente, documentada embolização esplénica. Resolução espontânea com reabsorção da hemorragia subconjuntival nos dias seguintes.

Duas semanas depois, novo ETE a mostrar resolução da vegetação de maiores dimensões, permanecendo apenas vegetação residual e insuficiência aórtica moderada a grave. Cumpriu 6 semanas de antibióterápia endovenosa com Ceftriaxone, considerando-se a endocardite tratada.

A hemorragia subconjuntival, embora muitas vezes autolimitada e benigna, é um marcador sentinela de embolização sistémica. A sua inclusão explícita como fenómeno vascular nos Critérios de Duke de 2023 sublinha a necessidade de um exame físico minucioso na monitorização da EI, especialmente perante vegetações de elevado risco embólico documentadas por imagem.

PO 36

IMMUNE CHECKPOINT INHIBITOR-INDUCED DIABETIC KETOACIDOSIS MASKING ADRENAL CRISIS

Lúcia Silva

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introduction: Immune checkpoint inhibitors (ICIs) have improved survival in several advanced malignancies, but their expanding use has increased the incidence of endocrine immune-related adverse events (irAEs). Hypophysitis is a well-known complication, whereas CI-induced diabetes mellitus (ICI-DM) is rare (<1%), usually presenting as diabetic ketoacidosis (DKA). The coexistence of multiple endocrine irAEs is particularly challenging in acute settings due to overlapping manifestations.

Clinical case: A 64-year-old man with stage IIIB melanoma under ipilimumab/nivolumab for three months, previously diagnosed with immune-mediated hypophysitis and secondary adrenal insufficiency (AI) on glucocorticoid replacement, presented to the emergency room with three days of vomiting, asthenia, polyuria, polydipsia and dyspnea. He was severely dehydrated, hypotensive, tachycardic, and polypneic. Arterial blood gas analysis showed severe high-anion gap metabolic acidosis and marked hyperglycemia (above measurable range). Ketonemia (>3 mmol/L) and KDIGO stage 3 acute kidney injury were documented. Severe DKA was diagnosed in a patient without prior diabetes. C-peptide was <0.02 ng/mL, HbA1c 7.9% and islet autoantibodies were negative, raising suspicion of ICI-DM.

Despite appropriate DKA treatment, hypotension persisted. Given known AI, physiological stress and persistent vomiting, adrenal crisis was suspected. Intravenous hydrocortisone led to progressive hemodynamic stabilization, although transient vasopressor support in the intensive care unit was required.

Discussion: This case illustrates a fulminant ICI-DM complicated by concurrent adrenal crisis due to secondary AI. ICI-DM is characterized by severe onset hyperglycemia, modest HbA1c elevation and low/undetectable C-peptide levels. Persistent hypotension despite adequate DKA management should raise suspicion of concomitant AI, as overlapping features may delay recognition and increase morbidity.

PO 37

COLECISTITE AGUDA COM IMAGIOLOGIA INICIAL NEGATIVA: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

Kristoffer Brustad; Inês Sousa Miranda; Raquel Domingos; Francisco Silva; Isabel Madruga

ULSLO - Hospital Egas Moniz

Introdução: A colecistite aguda é uma causa frequente de sépsis no idoso. Apesar da elevada acuidade diagnóstica da ecografia e da tomografia computadorizada, a sensibilidade não é absoluta, podendo os exames iniciais ser inconclusivos ou falsamente negativos. A dependência excessiva da imagiologia pode atrasar o diagnóstico e o tratamento.

Caso clínico: Homem de 77 anos, autónomo nas atividades de vida diária, com antecedentes de doença renal crónica e hipertensão arterial secundária a estenose grave da artéria renal direita, fibrilação auricular e doença arterial coronária, recorreu ao serviço de urgência por dor epigástrica com irradiação dorsal direita, febre e vômitos com 1 dia de evolução. À admissão apresentava hipertensão, febre, dor epigástrica e elevação marcada dos parâmetros inflamatórios e colestatícos. A angio-TC toraco-abdomino-pélvica, complementada por ecografia abdominal, evidenciaram apenas litíase vesicular milimétrica, sem sinais de colecistite. Foram colhidas hemoculturas e iniciada antibioterapia empírica, com posterior isolamento de *Escherichia coli* e ajuste terapêutico. Perante a persistência de padrão colestatíco e elevada suspeição clínica de foco biliar, realizou colangiorressonância magnética, que revelou espessamento parietal vesicular e edema compatíveis com colecistite aguda litíásica em resolução. Observou-se melhoria clínica e laboratorial sustentada, tendo o doente sido submetido a colecistectomia eletiva no contexto ambulatorio, sem intercorrências.

Discussão: A ausência de critérios imagiológicos iniciais não exclui colecistite aguda, particularmente em fases precoces. Neste caso, a persistência de febre, bacteriemia por *E. coli* e alterações colestatícas sustentou a hipótese de foco biliar, confirmada apenas em reavaliação tardia. Reforça-se que, mesmo na era da imagiologia avançada, a clínica mantém um papel central na decisão diagnóstica.

PO 38

LINFOMA NÃO-HODGKIN B DIFUSO INTESTINAL: APRESENTAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO PRECOCE

Kristoffer Brustad; Inês Sousa Miranda; Raquel Domingos; Francisco Silva; Isabel Madruga

ULSLO - Hospital Egas Moniz

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B é o subtipo mais frequente de linfoma não-Hodgkin, representando cerca de 30–40% dos casos. Trata-se de uma neoplasia agressiva, cuja apresentação pode ser heterogênea. O trato gastrointestinal constitui a localização extranodal mais frequentemente envolvida,

podendo manifestar-se com sintomatologia abdominal inespecífica e evolução rápida.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, previamente autónoma, com antecedentes de gastrite por *H. pylori* erradicada, observada por dor abdominal persistente com irradiação dorsal, vômitos pós-prandiais e perda ponderal com cinco semanas de evolução. Nas semanas anteriores surgiu edema bilateral dos membros inferiores, sem sinais de insuficiência cardíaca, hepática ou renal. Analiticamente apresentava macrocitose, hipoproteinemia, hipoalbuminemia e hipogamaglobulinemia, sem elevação de marcadores inflamatórios. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou espessamento do íleon terminal e adenomegalias supra e infradiaphragmáticas. Enterorressonância e PET-TC sugeriram linfoma intestinal. Colonoscopia mostrou mucosa ileal friável com erosões; a histologia confirmou linfoma difuso de grandes células B, estágio IV. Iniciou R-CHOP, completando seis ciclos, com remissão metabólica documentada por PET-TC. Mantém-se em vigilância no primeiro ano pós-remissão.

Discussão: O envolvimento gastrointestinal pelo linfoma difuso de grandes células B pode apresentar-se de forma insidiosa, mimetizando outras patologias abdominais. A associação de sintomas digestivos persistentes com alterações laboratoriais sugestivos de enteropatia perdedora de proteínas, deve levantar suspeita de doença infiltrativa. Este caso evidencia a importância de uma abordagem integrada e da confirmação histológica precoce, determinantes para início atempado de terapêutica e impacto prognóstico favorável.

PO 39

SÍFILIS EM VELOCIDADE FURIOSA: DA POLIARTRITE À NEUROSSÍFILIS NO DOENTE VIH

Marta Moitinho; Nuno Janeiro; Ana Almeida; Helena Temido; Ascension Lopez

Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa

A sífilis é uma infeção com um espectro clínico multissistémico e fases evolutivas distintas. Dada a sua capacidade de mimetizar outras patologias, exige um elevado índice de suspeição para a deteção de formas atípicas. A coinfeção por VIH pode acelerar a progressão da doença, tornando o diagnóstico precoce fundamental para evitar sequelas irreversíveis.

Apresentamos o caso de um homem de 45 anos, com antecedentes de infeção por VIH-1 (controlada), hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatia isquémica. Foi referenciado à consulta de Medicina por poliartralgias simétricas de ritmo inflamatório e aditivas com semanas de evolução. À observação, apresentava sinais de artrite nos punhos e joelhos. Laboratorialmente, destacava-se velocidade de sedimentação elevada, hipergamaglobulinemia de base larga e anticorpos anti-nucleares 1/160 (fino granular), com restante estudo de autoimunidade negativo. Iniciou corticoterapia oral com melhoria clíni-

ca mas sem sucesso no desmame da dose. A investigação posterior revelou teste não treponémico positivo (VDRL 1/512), confirmando-se o diagnóstico de sífilis secundária (teste treponémico negativo há menos de um ano). Foi administrada penicilina benzatínica (2,4 MU IM, toma única). Uma semana depois, por visão turva, detetou-se papiledema unilateral. Após exclusão de lesões intracranianas por imagem, a punção lombar revelou pleiocitose linfocitária e testes luéticos positivos. Perante o diagnóstico de neurosífilis precoce, o doente cumpriu 28 dias de doxiciclina, com regressão completa dos sintomas neurológicos e reumatológicos e resposta serológica favorável.

Embora a sífilis secundária se associe tipicamente a lesões mucocutâneas, as manifestações reumatológicas e neurológicas podem ocorrer de forma isolada, mimetizando doenças autoimunes e retardando o diagnóstico. Este caso sublinha a importância de manter um limiar de suspeição baixo para o rastreio de sífilis perante quadros inflamatórios multissistêmicos, especialmente em grupos de risco, garantindo o tratamento adequado e interrompendo a cadeia de transmissão.

PO 40

KARTAGENER SYNDROME DIAGNOSED IN ADULTHOOD

Ana Catarina Ferrao Reis¹; Inês Correia²; Joana Amado³; Daniela Pinheiro⁴; Marta Sousa⁵; Rita Penaforte⁶; Diogo Faustino¹; Mário Rodrigues¹; Melanie Ferreira¹; Isabel Luiz¹

¹ULS São José, Medicina Interna, Medicina ¹; ²ULS São José, Medicina Interna, Medicina ¹; ³ULS São José, Pneumologia; ⁴ULS São José, Cardiologia; ⁵ULS São José, Medicina Interna; ⁶ULS Amadora-Sintra, Medicina Interna

Background: Primary ciliary dyskinesia (PCD) is a rare congenital disorder characterized by impaired ciliary function in the airways, causing recurrent otitis media, chronic rhinosinusitis, bronchiectasis and chronic cough. Approximately, half of the patients with PCD also present with situs inversus. The triad composed of PCD, situs inversus, and bronchiectasis is called Kartagener syndrome, representing a subgroup of primary ciliary dyskinesia.

Case description: We present a case of a 58-year-old man with a prior history of hearing loss and situs inversus, admitted for septic shock with bilateral streptococcal pneumonia and head trauma.

Clinical hypothesis: Upon the findings of situs inversus, recurrent upper respiratory infections and bronchiectasis, the diagnosis of Kartagener syndrome was considered.

Diagnostic pathway: Cranial CT scan performed on admission showed signs of chronic otitis and sinusitis. Upon further exploration of the patient's history, it was noted that he experienced recurrent episodes of ear infections. Thoracic CT scan also revealed cylindrical and cystic bronchiectasis, primarily in the left inferior lobe.

Discussion and learning points: With the correct

diagnosis, it was possible to refer the patient to a specialized bronchiectasis and ENT clinic, recommend ongoing respiratory physiotherapy and smoking cessation, as well as advise seasonal vaccination to prevent infectious complications. This case highlights the importance of thorough history taking in reaching the correct diagnosis, enabling appropriate patient referral and ultimately improving each patient's prognosis.

PO 41

UMA ARTRITE DO BAÇO: SÍNDROME DE FELTY NO DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATOIDE

Luis Couto; Pedro Correia De Miranda; Leticia Leite; Magda Fernandes; Maria Glória Alves

Medicina - CHAA - Hospital Senhora Da Oliveira - Guimarães

Introdução: A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune sistémica caracterizada por artrite inflamatória e pico de incidência na 5.ª década de vida. A Síndrome de Felty (SF) é rara – menos de 1% dos doentes com AR – e define-se pela tríade de neutropenia persistente (menos de 2000 células/m³) sem outra causa, esplenomegalia e AR.

O desenvolvimento de SF pode não coincidir com as manifestações clínicas típicas – artríticas - da AR.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) após análises de rotina com neutropenia severa (300 células/m³). Negava clínica infecciosa e sintomas B; referia história de artralgiias periféricas. Objetivadas deformações em batoeira em IFPs de 5.º dedo de ambas as mãos - não dolorosas nem tumefactas; e desvio axial medial do 2.º ao 5.º dedos nos 2 pés. Em SU com VS de 17 mm e PCR 7.5 mg/L. Em esfregaço de sangue periférico, população linfocitária “variante” com imaturidade nuclear associada a projeções citoplasmáticas finas e irregulares. TC evidenciou esplenomegalia homogênea de 15cm.

Realizou imunofenotipagem de sangue periférico e medular: sem displasia; mielograma: diminuição da relação mieloide/ eritroide; e biópsia óssea: desvio esquerdo das linhas celulares hematopoiéticas eritróide e mieloide. O quadro de neutropenia foi assim interpretado como destruição periférica. Realizou PE-T-FDG: sem alterações. Verificados títulos de anti-CCPs elevados (> 733.1), com fator reumatoide negativo. Raio X das extremidades confirmou alterações típicas de artrite reumatoide.

Assumido diagnóstico de SF. Iniciou Prednisolona 1 mg/Kg/dia, com desmame ao longo de 8 semanas, e metotrexato progressivamente aumentado até dose de 20 mg/semana. Posteriormente iniciou anti-TNF. Apresentou resolução de neutropenia e artralgiias periféricas.

Discussão: O diagnóstico diferencial mais importante para a SF em doentes com AR é a leucemia de grandes linfócitos granulares, sendo mandatório distinguir as duas doenças.

O tratamento da SF foca-se no controlo da AR e da neutropenia (Objetivo de > 2000 células/m³) para prevenir infeções. Passa inicialmente por glucocorticoides (elevam mais rapidamente a contagem neutrofílica) e posterior *switch* para fármaco DMARD.

A resolução da neutropenia com tratamento da AR corrobora a presença de SF no quadro em causa.

PO 42

TROMBOSE DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DOENÇA AUTOIMUNE SISTÉMICA

Sofia Prada; Carolina Rodrigues; Leonor Neves;
Ana Teresa Pereira; Rita Penaforte; Carlota Mello
ULS Amadora-Sintra, Medicina Interna

Introdução: A síndrome antifosfolípido (SAF) é uma doença autoimune protrombótica que pode ocorrer de forma primária ou secundária a doenças autoimunes sistémicas. A artrite reumatoide (AR) associa-se predominantemente a artrite inflamatória crónica, mas a desregulação imunitária subjacente pode favorecer fenómenos de sobreposição autoimune. A trombose da veia cava superior (VCS) é uma entidade rara, habitualmente relacionada com neoplasia ou dispositivos intravasculares, constituindo excepcionalmente a manifestação inaugural de doença autoimune sistémica.

Caso clínico: Homem de 32 anos recorreu por dispneia progressiva e edema facial, identificando-se trombose extensa da VCS e da veia ilíaca. A investigação inicial excluiu etiologias neoplásicas e infecciosas. A persistência de anticoagulante lúpico positivo confirmou SAF. Durante o seguimento, desenvolveu poliartrite inflamatória com títulos elevados de anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico (>340 U/mL) e fator reumatoide positivo, estabelecendo-se o diagnóstico de AR. Estudo adicional revelou anticorpos anti-SSA positivos e biópsia de glândula salivar menor com focus score de 1,44, compatível com síndrome de Sjögren. Instituiu-se anticoagulação e terapêutica imunomoduladora, com planeamento de escalonamento para terapêutica biológica.

Discussão: Este caso evidencia uma sequência clínica incomum em que a SAF secundária precedeu o diagnóstico de AR e síndrome de Sjögren. A ocorrência de trombose em localizações atípicas deve motivar investigação sistemática de doença autoimune quando causas mais frequentes são excluídas, podendo permitir diagnóstico precoce e intervenção dirigida.

Conclusão: Manifestações trombóticas incomuns podem constituir a primeira expressão de autoimunidade sistémica. Este caso reforça o papel central do internista na integração de achados aparentemente desconexos, permitindo diagnóstico sindrómico precoce e prevenção de complicações potencialmente graves.

PO 43

ANEMIA GRAVE E INFLAMAÇÃO: QUANDO A AUTOIMUNIDADE NÃO EXPLICA TUDO

Lúcia Carreira-Marques; Diogo Matias; Joana Magalhães;
Maria Inês Rocha; Mafalda Pereira; Vanessa Chaves;
Edite Pereira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A anemia em jovens é um desafio diagnóstico, sobretudo quando associada a inflamação sistémica. Em doentes com doença autoimune, a sobreposição de manifestações clínicas pode atrasar o reconhecimento de etiologias graves.

Mulher, 31 anos, com antecedentes de trombocitopenia imune e suspeita de doença autoimune sistémica, medicada com hidroxicloroquina e corticoterapia em desmame, recorreu ao Serviço de Urgência por dor na fossa ilíaca direita. Referia astenia marcada, anorexia, hipersudorese noturna e artralhas com várias semanas de evolução, com melhora parcial após início de corticoterapia. Ao exame Objetivo, palidez mucocutânea e tumefação inguinal direita não dolorosa. Analiticamente anemia hipoproliferativa normocrômica e microcítica grave, hemoglobina mínima 6,5 g/dL, ferropenia, elevação marcada dos parâmetros inflamatórios e da LDH, sem leucocitose ou trombocitopenia. Prova de Coombs direta negativa, não havendo evidência de hemólise ou de perdas hemáticas. Tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica com volumosas massas abdomino-pélvicas bilaterais, heterogêneas, com áreas necróticas, adenomegalia inguinal direita volumosa, esplenomegalia e massa suprarrenal direita suspeita. A avaliação ginecológica excluiu patologia uterina primária. No internamento com febre persistente, sem foco infeccioso identificado. Realizou TC cervico-torácica sem evidência de outras lesões suspeitas. A biópsia aspirativa da adenomegalia inguinal direita revelou população de linfócitos B de médio/grande tamanho, com restrição de cadeias leves kappa e imunofenótipo compatível com linfoma de Burkitt. Na citogenética molecular foi observada a translocação t(8;14).

Este caso evidencia a complexidade diagnóstica da anemia grave em doentes jovens, particularmente em contexto de doença autoimune e inflamação sistémica. A presença de massas volumosas e adenomegalias deve motivar investigação célere de patologia maligna ou linfoproliferativa, evitando a atribuição exclusiva dos achados à atividade autoimune. Salienta-se o papel central da Medicina Interna na integração clínica, analítica e imagiológica, permitindo uma abordagem diagnóstica atempada e orientada.

PO 44

LOMBALGIA COMO PONTA DO ICEBERG: UM CASO CLÍNICO:

Mariana Da Silva Alves; Beatriz Luís Lopes;
Baltazar Gabriel Oliveira; Marta Amaro; Rita Calixto;
André Neto Real; Ana Rita Cardoso; Isabel Martins
Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: A fibrose retroperitoneal idiopática é uma doença inflamatória rara, diagnóstico de exclusão, caracterizada por formação de tecido fibro-inflamatório no retroperitонеu, frequentemente associada a obstrução ureteral e insuficiência renal.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 44 anos de idade, nacionalidade indiana com antecedentes de diagnóstico recente de diabetes mellitus tipo 2. Referência a quadro de lombalgia de evolução subaguda, com alternância de lateralidade e irradiação para o abdómen e membros inferiores, motivando múltiplas vindas ao SU, resultando em exposição repetida e cumulativa de anti-inflamatórios, sem resposta sustentada. Registo de agravamento sintomático, associado a náuseas e vômitos, tendo sido internada por lesão renal aguda com acidose metabólica, interpretada como nefrotoxicidade medicamentosa. A investigação complementar com TC Tóraco-abdomino-pélvica evidenciou massa retroperitoneal peri-aórtica volumosa, associada a dilatação bilateral dos sistemas excretores e adenopatias mediastínicas discretas. O perfil laboratorial alargado revelou hipergamaglobulinemia policlonal com aumento das cadeias leves, tendo sido colocadas as hipóteses diagnósticas de doença linfoproliferativa, neoplasia sólida e doença relacionada com IgG4. O exame histológico da massa revelou predomínio de fibrose, sem sinais de patologia linfoproliferativa ou critérios histológicos de doença IgG4. Assim, assumiu-se o diagnóstico de fibrose retroperitoneal idiopática, tendo sido iniciada corticoterapia com resposta clínica e analítica favorável, assim como redução imagiológica da massa retroperitoneal.

Discussão: Este caso evidencia como a lombalgia persistente pode constituir a manifestação inicial de uma doença sistémica rara. A identificação de massa retroperitoneal e histologia compatível com fibrose, após exclusão de neoplasia e infeção, possibilitou a terapêutica dirigida com corticoterapia, salientando a importância da suspeição e abordagem precoces.

PO 45

ARTRITE SÉPTICA – UM FOCO ATÍPICO PARA INFEÇÃO A E. COLI

Cláudia Alexandra Ribeiro; Mónica Ferro Silva; José Nuno Braz;
Rodrigo Morgado; Cátia Albino; Henrique Rita
Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

A artrite séptica é um diagnóstico fundamental a considerar em adultos que se apresentam com artrite monoarticular aguda. O diagnóstico requer artrocentese

precoce para identificação do agente etiológico. Os microrganismos mais frequentemente implicados são *S. aureus* e espécies de *Streptococcus*; contudo, em idosos, diabéticos, imunossuprimidos ou com infeção urinária, os bacilos Gram-negativos, particularmente *E. Coli*, podem representar até 23–30% dos casos (1).

Doente do género feminino, 80 anos, com diagnósticos de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, doença renal crónica estadio IIIb e dislipidemia, admitida no Serviço de Urgência por omalgia direita associada a edema e impotência funcional, com uma semana de evolução, sem trauma associado. À admissão, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios (leucocitose de 25.000/μL com neutrofilia de 22.600/μL e PCR de 16,3mg/dL). O exame sumário de urina revelou leucocitúria, tendo sido colhidas hemoculturas e urocultura, ambas positivas para *E. Coli*. Realizada radiografia do ombro, que não evidenciou fraturas. Foi realizada artrocentese do ombro direito, com drenagem de líquido sinovial amarelo-turvo (cultura positiva para *E. coli*), confirmando o diagnóstico de artrite séptica. Para exclusão de complicações, realizou tomografia computadorizada, que mostrou rotura maciça da coifa com migração superior da cabeça umeral. A doente foi submetida a lavagem e desbridamento artroscópico. Cumpriu antibioterapia dirigida com amoxicilina-ácido clavulânico durante 24 dias com melhoria clínica e laboratorial. Do estudo complementar destacou-se hiperuricémia, admitindo-se provável contributo de gota na sintomatologia com observação por Reumatologia e terapêutica dirigida para crise gotosa.

Este caso ilustra uma apresentação rara de artrite séptica do ombro por *E. coli*, provavelmente por disseminação hematogénica de foco urinário, num doente com múltiplos fatores de risco. A sobreposição com patologia degenerativa e possível crise gotosa tornou o diagnóstico mais desafiante, reforçando a importância da artrocentese precoce e de uma abordagem multidisciplinar.

(1) Earwood, John Scott; Walker, Tyler; Sue, Gregory; Septic Arthritis: Diagnosis and Treatment, Am Fam Physician 2021;104(6):589-597

PO 46

MASSA RETROPERITONEAL E ACIDOSE LÁCTICA TIPO B: UM ALERTA PARA MALIGNIDADE

Filipe Da Cunha Pinto; Susana Teixeira; Rita Pinto Moreira;
Marta Martins Ferreira; Ana Areia Reis; Lindora Pires
Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Introdução: A acidose láctica tipo B ocorre na ausência de hipoperfusão tecidular e associa-se frequentemente a neoplasias, sobretudo hematológicas, refletindo aumento do metabolismo glicolítico tumoral. A síndrome de Wunderlich, caracterizada por hemorragia renal espontânea, constitui raramente a manifestação inicial de doença maligna.

Caso clínico: Homem de 69 anos, com hipertensão arterial e hiperuricemia, recorreu ao serviço de urgência por dor no flanco direito, edema assimétrico dos membros inferiores, oligúria e perda ponderal recente. Analiticamente apresentava creatinina 4,73 mg/dL (basal 1,04), hiperlactacidemia progressiva de 11 mmol/L, desidrogenase láctica marcadamente elevada, hiperuricemia e acidose metabólica. A tomografia computadorizada revelou volumosa lesão retroperitoneal centrada na loca renal direita, interpretada como hematoma subagudo compatível com síndrome de Wunderlich versus lesão infiltrativa, com compressão da veia cava inferior e veia ilíaca direita, áreas de hipoperfusão renal e tromboembolismo pulmonar segmentar. A ressonância magnética confirmou extensa massa retroperitoneal sem hemorragia ativa. Documentou-se trombose da veia cava inferior e da veia ilíaca comum direita, iniciando anticoagulação. Apesar de estabilidade hemodinâmica, manteve hiperlactacidemia persistente, hipoglicemias assintomáticas e elevação progressiva da desidrogenase láctica e do ácido úrico, sugerindo elevado turnover celular e efeito Warburg. Perante o conjunto de achados, considerou-se altamente provável doença linfoproliferativa agressiva. A evolução foi rapidamente desfavorável, sem possibilidade de confirmação histológica.

Discussão: A hiperlactacidemia persistente em doente hemodinamicamente estável deve levantar forte suspeita de malignidade. A apresentação como massa retroperitoneal, síndrome de Wunderlich e o estado protrombótico exuberante constituem pistas para doença linfoproliferativa agressiva. O reconhecimento precoce desta entidade é crucial pelo prognóstico reservado e necessidade de abordagem oncológica urgente.

PO 47

DIARREIA CRÓNICA AGUDIZADA EM DOENTE JOVEM: COLITE INFECCIOSA OU DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?

Lúcia Carreira-Marques; Diogo Matias; Maria Inês Rocha; Joana Magalhães; Mafalda Pereira; Vanessa Chaves; Edite Pereira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A diarreia crónica agudizada com sinais de alarme é um desafio diagnóstico, sendo fundamental a distinção entre etiologia infecciosa e doença inflamatória intestinal (DII). A ausência de isolamento microbiológico e a presença de alterações imagiológicas ou histológicas inespecíficas podem atrasar o diagnóstico. Apresenta-se um caso de pancolite com enteropatia perdedora de proteínas cuja evolução clínica orientou para diagnóstico provável de DII.

Mulher, 32 anos, trabalhadora num *pet hotel*, admitida por diarreia crónica com agravamento progressivo nas últimas 3 semanas, 10–15 dejeções diárias sem sangue ou muco, associadas a dor abdominal em cólica,

febre e perda ponderal de 3kg. Sem viagens recentes, antibioterapia prévia ou alterações dietéticas de relevo. Analiticamente com anemia microcítica ferropénica, trombocitose marcada e proteína C reativa 316 mg/L. Hipoalbuminemia significativa (20,7 g/L) com edema periférico e ausência de proteinúria relevante, assumindo-se enteropatia perdedora de proteínas. Tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica e enterotomografia computadorizada (TC) com espessamento parietal contínuo a envolver praticamente todo o cólon, compatível com pancolite e discreto atingimento do íleo distal. O estudo auto-imune e microbiológico alargado de fezes foi negativo. Cumpriu antibioterapia empírica com metronidazol e ciprofloxacina com diminuição da PCR. Colonoscopia incompleta revelou mucosa com erosões e ulcerações dispersas intercaladas com áreas preservadas e reto poupado. Histologicamente colite inflamatória inespecífica. Após exclusão infecciosa, assumida provável doença Crohn e iniciou corticoterapia sistémica com melhoria clínica, com redução do número de dejeções. A distinção entre colite infecciosa e doença inflamatória intestinal pode ser complexa. A ausência de isolamento microbiológico não exclui infeção, mas a persistência de sintomas após antibioterapia adequada e a extensão das alterações imagiológicas devem levantar suspeita de DII. A presença de enteropatia perdedora de proteínas é um marcador de gravidade pouco frequente. Este caso demonstra que a corticoterapia pode ser decisiva em situações selecionadas após exclusão infecciosa adequada e evidencia a importância da integração clínica, analítica e imagiológica no diagnóstico e orientação terapêutica.

PO 48

SÍNDROME MALIGNA DOS NEUROLÉPTICOS E SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: POTENCIALIZAÇÃO DA NEUROTOXICIDADE

Rita Lencastre Monteiro; Margarida Silva Cruz; Álvaro José Silva; Sara Ferreira; Maria Cândida Silva; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: Em Cuidados Paliativos, a polimedicação com antidepressivos, antipsicóticos e opióides aumenta o risco de interações graves. O síndrome serotoninérgico (SS) tem uma prevalência inferior a 1% e o síndrome maligno dos neurolépticos (SMN) ocorre em 0,01–3% dos doentes sob antipsicóticos. Estes síndromes podem ser subdiagnosticados em doentes com elevada fragilidade, pois sinais como agitação, febre e rigidez podem ser atribuídos à progressão da doença e complicações clínicas.

Caso clínico: Sexo feminino, 66 anos, ECOG 3, com antecedentes pessoais de carcinoma da mama com metastização óssea e perturbação de somatização. Habitualmente medicada com olanzapina 2,5 mg 1id, quetiapina 50 mg 1id, sertralina 50 mg 1id e al-

prazolam 0,25 mg 4id. Por lombalgia intensa estaria medicada com anti-inflamatórios e posteriormente iniciou buprenorfina 35 µg/h TD. Após 12 horas observou-se quadro de agitação alternando com prostração, sudorese e diarreia. Ficou internada para controlo sintomático com resolução do quadro após switch para morfina em dose equivalente. A evolução temporal em doente previamente medicada com sertralina e início recente de buprenorfina é compatível com SS.

Nas duas semanas seguintes evoluiu com confusão, febre, hipertensão e rigidez muscular em todo o arco do movimento com predomínio nos membros inferiores. Foram excluídas causas infecciosas e desequilíbrios hidroeletrólíticos. Por suspeita de SMN foi iniciada fluidoterapia, suspensão olanzapina e reduzida quetiapina com resolução da rigidez após 10 dias. Contudo por progressão da doença e agravamento clínico a doente evoluiu para óbito.

Conclusão: Em Cuidados Paliativos, é essencial manter um elevado índice de suspeição clínica, com vigilância sistemática da terapêutica, prevenindo eventos adversos e otimizando o controlo sintomático individualizado. Este caso evidencia que, em doentes polimedicados, o SMN pode ser potencializada por um SS prévio, reforçando a importância da avaliação de interações farmacológicas e da monitorização clínica apertada, sobretudo em contextos de maior fragilidade e complexidade clínica.

PO 49

TERAPIA MULTIMODAL COM QUETAMINA: PREVENÇÃO DE EFEITOS DISSOCIATIVOS

Rita Lencastre Monteiro; Margarida Silva Cruz; Álvaro José Silva; Sara Ferreira; Rui Fernandes; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: Em Cuidados Paliativos a cetamina deve ser reservada para controlo da dor refratária a analgésicos clássicos, incluindo opioídes e adjuvantes, sendo especialmente eficaz na dor neuropática não controlada. Os estudos demonstram a sua utilidade no alívio agudo da dor crónica, tanto oncológica quanto não oncológica. No entanto, fenómenos psicotomiméticos ocorrem em até 40% dos doentes submetidos a cetamina subcutânea. Relatamos um caso em que, previamente ao início da cetamina, foi administrado haloperidol de forma a atingir analgesia dentro de uma abordagem multimodal sem efeitos dissociativos.

Caso clínico: Sexo feminino, 76 anos, ECOG 4, com antecedentes de adenocarcinoma mucinoso de origem primária oculta, com envolvimento pulmonar, pleural e ósseo. Apresentava dor nos membros inferiores, principalmente à direita, com componente misto de forte intensidade (EVA 9/10), limitação funcional total e refratária a anti-inflamatórios e opioídes em doses elevadas. Foi submetida a descompressão radicular e, qua-

tro semanas depois, internada para controlo algico e agravamento do estado geral. Foi titulado gradualmente opioíde, gabaérgico e corticoterapia em alta dose e realizou radioterapia antálgica. Contudo, por manter queixas algicas significativas, foi associada cetamina subcutânea 30 mg/dia com administração prévia de haloperidol subcutâneo 1mg/dia para prevenir efeitos dissociativos. Esta estratégia permitiu atingir analgesia controlada (EVA 3/10), preservando consciência, sem alucinações ou agitação. Verificou-se agravamento clínico progressivo e óbito nas duas semanas seguintes mantendo controlo algico adequado.

Discussão: Uma abordagem multimodal proporcionou analgesia eficaz e conforto até o fim da vida, reforçando a importância da individualização e da monitorização contínua em Cuidados Paliativos. Este caso evidencia que a prevenção de efeitos dissociativos com benzodiazepinas ou neurolépticos é essencial para atingir doses analgésicas eficazes de cetamina na dor oncológica refratária.

PO 50

SUPORTE VENTILATÓRIO PALIATIVO: ALTO FLUXO E HELIOX NA DISPNEIA TERMINAL

Rita Monteiro; Margarida Silva Cruz; Joana Monteiro; Rui Fernandes; Maria Candida Silva; Maria Paula Silva
IPO Porto

Introdução: A dispneia é frequente na doença oncológica avançada, aumenta nos últimos meses de vida e deve ser avaliada subjetivamente pelo doente, pois a sua gravidade não se pode objetivar. Os opioídes sistémicos são a primeira linha farmacológica podendo associar-se benzodiazepinas. Em casos refratários, dispositivos de suporte ventilatório não invasivo, como oxigénio de alto fluxo e heliox, podem reduzir o esforço respiratório, resistência em obstruções das vias aéreas, melhorar conforto e tolerância.

Caso clínico: Sexo masculino, 27 anos, ECOG 3, com osteossarcoma condroblástico submetido a amputação infracondiliana e, nos últimos meses, com progressão metastática pulmonar. Foi internado para controlo sintomático de dispneia e dor torácica pleurítica. A analgesia foi titulada progressivamente com morfina associada a benzodiazepina devido à dispneia. Apesar da oxigenoterapia em alto débito, manteve dispneia e agravamento da hipoxémia, pelo que foi realizado um trial com heliox 70/30 por suspeita de obstrução tumoral, sem benefício. Posteriormente, iniciou-se oxigenoterapia de alto fluxo, que melhorou a dispneia e o esforço respiratório, permitindo a interação do doente com a família por alguns dias. Evoluiu com agravamento da insuficiência respiratória, necessitando de titulação de opioíde e sedação proporcional.

Discussão: Os dispositivos respiratórios não invasivos podem ter um papel estritamente paliativo em doentes com dispneia terminal e, quando necessário, prolongar

tempo para metas de curto prazo. O heliox, pela menor densidade do gás, favorece fluxo laminar e maior ventilação alveolar, podendo reduzir o esforço respiratório em obstruções parciais das vias aéreas ou dificuldade inspiratória, embora o seu benefício seja imprevisível. O oxigênio de alto fluxo oferece maior conforto e melhor tolerância. A decisão deve basear-se na avaliação individual e com Objetivos claros, evitando prolongamento fútil do processo de morte.

PO 51

FEOCROMOCITOMA COMO CAUSA DE COLAPSO CARDIOVASCULAR E CARDIOMIOPATIA REVERSÍVEL

Luis Alexander Duarte; Lueji Aminata Gumbé; Nadia Santos; Ana Pimentel; Renato Saraiva
HOSPITAL LEIRIA

Introdução: O feocromocitoma é um tumor raro da medula suprarrenal, podendo manifestar-se por apresentações inespecíficas e potencialmente fatais. As complicações cardiovasculares graves, incluindo choque e cardiomiopatia reversível, constituem desafios diagnósticos, sobretudo em doentes jovens sem hipertensão conhecida.

Caso clínico: Homem, 32 anos, previamente saudável, admitido por dispneia e palpitações após traumatismo torácico. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda, acidose metabólica e instabilidade hemodinâmica, necessitando de ventilação mecânica e suporte aminérgico em cuidados intensivos. Observou-se elevação marcada de troponina, creatina cinase e transaminases. A imagiologia torácica revelou edema pulmonar bilateral. Durante o internamento ocorreram picos hipertensivos recorrentes e identificou-se cardiomiopatia transitória com fração de ejeção reduzida. O estudo revelou elevação significativa de catecolaminas e metanefrinas plasmáticas e urinárias. TC abdominal e PET-18F-FDG evidenciaram massa hipervascular da suprarrenal direita. Após bloqueio alfa e beta-adrenérgico, realizou-se adrenalectomia laparoscópica. O intraoperatório foi marcado por crise hipertensiva seguida de hipotensão após laqueação tumoral, com necessidade de suporte vasopressor. Evolução favorável, com recuperação hemodinâmica e normalização tensional. Histologia compatível com feocromocitoma sem critérios de agressividade.

Discussão: O feocromocitoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de instabilidade hemodinâmica inexplicada em adultos jovens. O reconhecimento precoce permite abordagem dirigida e redução de morbidade potencialmente fatal.

PO 52

COMA E FALÊNCIA MULTIORGÂNICA NUMA DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Luis Alexander Duarte; Nadia Santos; Lueji Aminata Gumbé; Ana Pimentel; Renato Saraiva
HOSPITAL LEIRIA

Introdução: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença multissistêmica com potencial envolvimento neurológico, renal, hematológico e hepático. O coma numa doente com LES constitui um desafio diagnóstico major, exigindo diferenciação entre atividade inflamatória, complicações vasculares, infeção, epilepsia ou toxicidade medicamentosa.

Caso clínico: Mulher, 30 anos, com LES (nefrite classe IV) e adesão terapêutica irregular, admitida por coma (GCS 9) após episódio convulsivo. À admissão: espasticidade, febre e necessidade de ventilação mecânica. Analiticamente destacava-se leucocitose, insuficiência renal aguda ligeira, hipercalemia, rabdomiólise grave (CK >39.000 U/L), citólise marcada (AST >2000 U/L, ALT >1400 U/L) e elevação de troponina. Evoluiu com trombocitopenia e disfunção hepática aguda.

A TC e angio-TC cranioencefálicas excluíram evento vascular agudo; a RM-CE mostrou apenas lesões isquémicas crônicas compatíveis com vasculite conhecida. O EEG revelou atividade epileptiforme interictal temporal bilateral, sem critérios de estado de mal epilético. Ecografia abdominal sem alterações estruturais hepáticas relevantes.

Colocaram-se como hipóteses diagnósticas: neuro-lúpus ativo, encefalopatia pós-ictal, toxicidade medicamentosa (eventual ingestão irregular de micofenolato), rabdomiólise com hepatite isquêmica associada e microangiopatia trombótica.

Sob suporte intensivo, controlo de crises, otimização hemodinâmica e monitorização multissistêmica, verificou-se melhoria progressiva neurológica e laboratorial.

Discussão: Este caso evidencia a complexidade do coma em doente com LES, onde múltiplos mecanismos podem coexistir. A abordagem internista integrada combinando exclusão estrutural, avaliação imunológica, análise da adesão terapêutica e correlação clínico-laboratorial foi determinante para orientação terapêutica e evolução favorável.

PO 53

VASCULITE CUTÂNEA: DESAFIO DA ABORDAGEM SISTEMATIZADA NO DOENTE COM MULTICOMORBILIDADES

Rita Pato-Rosa; Maria Ladeira Moraes; Karen Cañizalez; André Bastos; Bárbara Paracana

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A vasculite cutânea constitui um desafio diagnóstico pela diversidade etiológica (infeciosa, farmacológica, neoplásica, autoimune). A púrpura palpável dos membros inferiores, particularmente no idoso

com multimorbilidade, impõe investigação estruturada, sendo o diagnóstico diferencial determinante para a orientação clínica.

Caso clínico: Homem de 74 anos, antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, doença renal crónica, obesidade e insuficiência venosa periférica. Em seguimento em Pneumologia por nódulo pulmonar com adenopatias mediastínicas estáveis. Recorreu ao serviço de urgência por púrpura parcialmente palpável, coalescente, não pruriginosa, com 48 horas de evolução, precedida de sintomas compatíveis com síndrome gripal. Analiticamente: elevação discreta de VS, PCR e creatinina, sem hematuria ou proteinúria. Estudo infeccioso alargado negativo. TC toracoabdominopélvica sem progressão das alterações conhecidas. Estudo de autoimunidade com anti-SSA/Ro52 positivo isolado, sem correlação clínica. A biópsia cutânea revelou vasculite leucocitoclástica dos pequenos vasos, com infiltrado neutrofílico perivascular, leucocitoclasia e extravasamento eritrocitário. Verificou-se resolução espontânea das lesões, sem terapêutica específica.

Discussão: O caso evidencia a complexidade da abordagem etiológica da vasculite cutânea no doente idoso com múltiplas comorbilidades. A associação temporal com síndrome gripal e a exclusão de causas infecciosas, neoplásicas e autoimunes clinicamente relevantes favorecem etiologia pós-infecciosa. A evolução autolimitada e os achados histológicos sustentam o diagnóstico de vasculite leucocitoclástica cutânea isolada. Este relato sublinha a relevância de uma estratégia sistematizada, integrando dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e histopatológicos, essencial para diagnóstico e decisão terapêutica adequados.

PO 54

PACEMAKER PALIATIVO NA SÍNCOPE INCAPACITANTE: MAIS DO QUE PROLONGAR VIDA, PRESERVAR QUALIDADE

Petra Monteiro; João Pinto Machado; Ana Carlos Bento; Diana Mata; Inês Almeida Costa; Marisol Nogueira; Beatriz Silva

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Título: Pacemaker paliativo na síncope incapacitante: mais do que prolongar vida, preservar qualidade

Introdução: Os cuidados paliativos visam o controlo sintomático e a qualidade de vida, podendo incluir intervenções invasivas quando proporcionais e alinhadas com os Objetivos do doente. A síncope recorrente por envolvimento tumoral do seio carotídeo é incapacitante, comprometendo autonomia e segurança. A implantação de pacemaker, embora incomum neste contexto, pode ser uma estratégia eficaz de controlo sintomático.

Caso clínico: Doente de 61 anos, previamente autónomo e com bom estado geral, com aparecimento de tumefação cervical esquerda pétreia. A tomografia

computorizada revelou massa latero-cervical esquerda (61x54x33mm), centrada no lobo profundo da parótida, com invasão do espaço carotídeo, obliteração da veia jugular interna e envolvimento das artérias carótidas, com adenopatias cervicais suspeitas. O estudo histológico confirmou carcinoma epidermóide da parótida localmente avançado, tendo sido decidido em consulta multidisciplinar o encaminhamento para cuidados paliativos exclusivos. Evoluiu com síncope recorrentes e bradicardia extrema, interpretadas como secundária a envolvimento do seio carotídeo, tendo sido implantado pacemaker definitivo de câmara única com intenção paliativa. Posteriormente, foi internado em unidade de cuidados paliativos por dor e disfagia, com otimização terapêutica, verificando-se resolução completa das síncope e possibilidade de alta para o domicílio.

Conclusão: A implantação de pacemaker permitiu controlo eficaz de síncope incapacitante, com melhoria da autonomia e da qualidade de vida. Este caso reforça que intervenções invasivas podem ser apropriadas em cuidados paliativos quando centradas no alívio sintomático e nos Objetivos do doente, promovendo conforto, dignidade e funcionalidade.

PO 55

A PROPÓSITO DE UM CASO DE INTOXICAÇÃO AO SALBUTAMOL

João Tiago Loja; Margarida Ornelas; Isabel Araújo; Rafael Nascimento; Diogo André; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: Apresenta-se o caso de uma mulher que recorreu ao serviço de urgência (SU) por intoxicação ao salbutamol inalado. Ainda que existam vários casos reportados de toxicidade ao salbutamol ingerido oralmente, poucos são os casos descritos de intoxicação ao salbutamol inalado. Dado o uso comum do salbutamol, a sintomatologia associada à sua sobredosagem pode não ser facilmente reconhecida no contexto de urgência.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e patologia osteoarticular deslocou-se inicialmente ao SU do seu centro de saúde por quadro de infeção respiratória superior, tendo sido medicada com salbutamol, sob via inalatória e por câmara expansora. Por má compreensão sobre a forma como deveria fazer o referido inalador, realizou todas as doses do inalador de uma só vez. Viria a recorrer posteriormente ao SU por tremores, tonturas, dor abdominal e ardor retrosternal. Ao exame Objetivo, encontrava-se polipneica, taquicárdica e gasimetricamente apresentava alcalémia respiratória, hipocaliémia e lactatos aumentados. O eletrocardiograma mostrou taquicardia sinusal e prolongamento do intervalo QT. Iniciou hidratação e suplementação de potássio, foi medicada com propranolol e ficou em vigilância na sala de observação. Do ponto de vista analítico, Objetivou-se uma glicose de 224 mg/dL, lesão renal aguda,

hipocaliemia e uma desidrogenase láctica de 300 U/L. Após melhoria clínica e analítica com as medidas de suporte instituídas, a doente teve alta e foi instruída sobre a adequada posologia do salbutamol.

Discussão: Este caso reforça a importância de educar o doente relativamente ao uso correto do salbutamol sob a forma inalada, de modo a prevenir a ocorrência de toxicidade aguda a este fármaco. O diagnóstico de intoxicação ao salbutamol implica uma história clínica minuciosa, a qual é suportada por achados laboratoriais, como sejam, a hiperglicemia, hipocaliemia e hiperlactacidemia.

PO 56

CARDIOMIOPATIA DE STRESS RECORRENTE: UMA RARIDADE OU SUBDIAGNÓSTICO?

Ana Rita Sárria¹; Sofia Silva²; Gracieta Malangata²; Raquel Calisto²

¹Hospital Pedro Hispano; ²Hospital Pedro Hispano

A Cardiomiopatia de Stress (CS), caracteriza-se pela disfunção sistólica ventricular esquerda transitória, geralmente precipitada por stress emocional ou físico, mimetizando um síndrome coronário agudo. A recorrência é pouco frequente, estimando-se em menos de 10% dos casos, e levanta desafios, sobretudo na presença concomitante de doença coronária.

Apresento uma mulher de 74 anos, com antecedentes de lúpus eritematoso sistémico (LES) corticotrata-do e perturbação de ansiedade, com diagnóstico de CS em março de 2022, com compromisso grave da função ventricular esquerda e recuperação completa documentada. Em janeiro de 2023 recorreu ao SU por dor retroesternal em repouso, com alterações eletrocardiográficas inespecíficas e elevação significativa da troponina. O ecocardiograma revelou acinesia médio-apical com balonização apical e disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo. O cateterismo cardíaco evidenciou doença coronária não obstrutiva e a ressonância magnética cardíaca mostrou edema miocárdico ligeiro, mas ausência de necrose ou fibrose, suportando o diagnóstico de CS. A doente apresentou evolução favorável sob terapêutica médica otimizada, com posterior recuperação completa da função. Face aos antecedentes pessoais de LES e pela possibilidade de flaire lúpico, realizou estudo imune que foi negativo, assim como foi excluído diagnóstico de Síndrome Anti fosfolipídico.

Este caso ilustra uma forma recorrente de CS num contexto de vulnerabilidade emocional e coexistência de doença coronária, salientando a importância da ressonância magnética na exclusão de etiologia isquémica. A recorrência reforça a necessidade de vigilância prolongada e abordagem multidisciplinar, incluindo controlo de fatores psicossociais. A CS recorrente, embora rara, deve ser considerada perante apresentações compatíveis, mesmo após recuperação

completa prévia. O reconhecimento atempado permite evitar intervenções desnecessárias e otimizar o seguimento clínico.

PO 57

MASSA ABDOMINAL DE CRESCIMENTO RÁPIDO: UM CASO DE LINFOMA DE BURKITT

Ana Rita Sárria¹; José Rui Ribeiro²; Danay Perez²; Teresa P. Medeiros²; J. Vasco Barreto²

¹Hospital Pedro Hispano; ²Hospital Pedro Hispano

O Linfoma de Burkitt é um linfoma não-Hodgkin de células B, altamente agressivo, caracterizado por uma taxa de proliferação elevada e, consequentemente, com uma evolução clínica rápida. A apresentação em adultos é rara e está frequentemente associada a manifestações clínicas atípicas, atrasando o diagnóstico. O diagnóstico precoce é fundamental, uma vez que o Linfoma de Burkitt apresenta elevada sensibilidade ao tratamento. Apresento um homem de 46 anos, com antecedentes de tabagismo e dislipidemia, que iniciou um quadro de dor abdominal progressiva com 6 meses de evolução. Após cerca de 4 meses do início do quadro, referiu aparecimento de uma massa endurecida periumbilical, dolorosa e associada a sinais inflamatórios locais. Associadamente com obstipação, enfartamento precoce, astenia e anorexia. Nesse contexto, recorreu aos Cuidados de Saúde Primários, tendo sido reencaminhado posteriormente ao SU após ecografia abdominal com suspeita de hérnia abdominal não redutível. À avaliação por Medicina Interna documentada área endurecida na região periumbilical com cerca de 15cm de extensão, com sinais inflamatórios locais associados. Analiticamente, com anemia, aumento dos parâmetros inflamatórios e LDH aumentada. A TC abdominal revelou marcado espessamento do tecido celular subcutâneo da região periumbilical e marcado espessamento difuso da parede do delgado, associado a adenomegalias mesentéricas. Foi levantada a suspeita de linfoma do intestino delgado e realizou biópsia da massa que foi compatível com Linfoma de Burkitt. O doente iniciou quimioterapia, mas infelizmente acabou por falecer após várias complicações infecciosas. O linfoma de Burkitt, apesar de raro em adultos, deve ser considerado como diagnóstico diferencial de massas abdominais de crescimento rápido. Este caso mostra a necessidade do elevado grau de suspeição e da investigação diagnóstica célere, uma vez que o início precoce de terapêutica é determinante para melhorar o prognóstico.

PO 58

MASSA MEDIASTÍNICA E “SINTOMAS B”: A CORRIDA PELO DIAGNÓSTICO

Carolina Olim; Rodolfo Viríssimo Gomes; Eduarda Moniz;
Cláudia Sousa
SESARAM

Introdução: A abordagem de massas mediastínicas volumosas associadas a sintomas constitucionais (sintomas B) e citopenias exige uma investigação célere e multidisciplinar. Nestes cenários, a rapidez na obtenção de tecido para diagnóstico histológico é o fator determinante para o prognóstico e orientação terapêutica adequada.

Caso clínico: Homem, 55 anos, sem antecedentes relevantes, com exposição profissional crônica a solventes. Apresentava quadro de febre (39,5°C), tosse seca, sudorese noturna e perda ponderal de 10 kg com três meses de evolução. Ao exame físico, destacava-se murmúrio vesicular globalmente diminuído. Analiticamente, apresentava hiponatremia hipotônica (125 mmol/L), hipoalbuminemia (27 g/L) e ferritina elevada (1256 ng/mL). A radiografia torácica revelou alargamento do mediastino, confirmado por angiotomografia computadorizada torácica, que evidenciou volumosos conglomerados adenopáticos mediastínicos (maior com 9 cm) com compressão do tronco venoso braquiocéfálico e veia cava superior, além de nódulos esplênicos. Durante o internamento, após estabilização da hiponatremia, interpretada como Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH), o doente desenvolveu anemia e trombocitopenia grave (7.000/uL). Foi realizada biópsia excisional de adenopatia cervical identificada e mielograma, cujas alterações levaram ao diagnóstico de Linfoma difuso de grandes células B (Linfoma não Hodgkin).

Discussão: Este caso ilustra a complexidade inerente à patologia sistêmica com apresentação aguda. A associação de SIADH e citopenias graves em contexto de massas volumosas sugere um comportamento biológico agressivo e um elevado turnover celular. Destaca-se como fundamental a necessidade de persistência na procura de tecido para diagnóstico histológico, bem como a necessidade de monitorização rigorosa de complicações paraneoplásicas e hematológicas, que podem precipitar o desfecho clínico antes da instituição da terapêutica dirigida.

PO 59

UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE VASCULITE ANCA - A IMPORTÂNCIA DE NÃO DESISTIR DO DIAGNÓSTICO

Pedro Alexandre Lopes; Joana Melo; Rita Figueira;
Bárbara Paracana; Ana Sofia Montez; Mariana Sousa
ULS Região de Aveiro

Introdução: As vasculites ANCA são doenças autoimunes necrotizantes de pequenos vasos, frequentemente com envolvimento sistêmico. Apresentamos um caso

de envolvimento renal por vasculite ANCA com autoanticorpos inicialmente negativos.

Caso clínico: Sexo feminino, 67 anos, previamente autônoma, recorre ao serviço de urgência por perda ponderal (5Kg em 1 mês), astenia, anorexia e sudorese noturna, com meses de evolução e perda de autonomia recente.

Apresentava-se emagrecida e sarcopénica, sem outras alterações objetivas.

Analiticamente com anemia ferropénica (hb 8.4 G/dl; tsat 6.72% E ferritina 409 ng/ml); hiponatremia, hipocalémia, leucocitose, neutrofilia, vs 87 mm ePCR 21.09 Mg/dl, com leucocitúria. Foi assumida ITU e iniciada antibioterapia com Ceftriaxone.

É admitida pelo quadro constitucional, apresentando picos febris vespertinos recorrentes sem melhoria com antibioterapia.

Estudo alargado: IGRA não reativo, auto-imunidade negativa, hemoculturas e mieloculturas negativas, mielograma sem alterações, serologias víricas e bacterianas negativas, eletroforese de proteínas com padrão inflamatório, proteinúria e leucocitúria estéril persistentes, défice de folato e ferropenia. Ecografia mamária e ginecológica, estudos endoscópicos, ecocardiograma, TAC- TAP e broncofibroscopia sem alterações.

A D15 desenvolveu lesão renal aguda (Creatinina máxima 2.85 mg/dl) sem fator despoletante identificado. Realizou PET-FDG a mostrar “intensa captação de 18FDG a envolver difusamente o parênquima de ambos os rins”.

Na suspeita de vasculite de pequenos vasos com nefrite tubulo-intersticial (leucocitúria estéril, alguns eritrócitos) foram revistos os auto-anticorpos da admissão, que positivaram para Ac. Anti-Mieloperoxidase, confirmados em controlo posterior.

Assumido diagnóstico de vasculite ANCA-MPO com atingimento renal, iniciou pulsos de metilprednisolona seguidos de corticoterapia oral e rituximab, com resolução do quadro. Teve alta para a consulta externa, com recuperação funcional total, mantendo-se sob Rituximab.

Discussão: Este caso mostra a importância da suspeição clínica – a ausência de auto-anticorpos nas vasculites ANCA não é incomum e devem ser suspeitadas na persistência de quadros clínicos compatíveis, podendo justificar a repetição do estudo autoimune.

PO 60

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA SUBAGUDA REVERSÍVEL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Sofia Prada; Carlota Mello; Rita Penaforte; Teresa Pereira;
Maria Leonor Neves; Marinela Major; Fernando Aldomiro
ULS Amadora-Sintra, Medicina Interna

Introdução: A cirurgia bariátrica associa-se habitualmente à melhoria da doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD). Contudo,

procedimentos malabsortivos podem, raramente, precipitar descompensação hepática grave, sobretudo em doentes com reserva funcional limitada. A identificação de causas potencialmente reversíveis de insuficiência hepática é determinante para evitar progressão para doença irreversível.

Caso clínico: Mulher de 54 anos com MASLD avançada submetida a cirurgia bariátrica de revisão com bypass duodeno-ileal de anastomose única associado a gastrectomia vertical. Dez meses após a cirurgia, desenvolveu descompensação hepática rapidamente progressiva, com hipoalbuminemia grave, coagulopatia, hiperamonemia recorrente (pico 355 $\mu\text{mol/L}$) e encefalopatia porto-sistêmica grau IV, necessitando de cuidados intensivos. Apesar de terapêutica médica e suporte nutricional intensivo prolongados, manteve falência da função de síntese hepática. Foi realizada reversão cirúrgica com restabelecimento da absorção proximal. A biópsia hepática revelou doença hepática crônica avançada com padrão colestático e siderose secundária marcada. Observou-se posterior recuperação neurológica e melhoria laboratorial progressivas.

Discussão: A malabsorção persistente pode atuar como fator de agressão metabólica contínua, precipitando insuficiência hepática subaguda em doentes com reserva hepática comprometida. Este mecanismo permanece sub-reconhecido e potencialmente tratável.

Conclusão: A malabsorção deve ser considerada um determinante reversível de descompensação hepática em doentes pós-cirurgia bariátrica. Em casos selecionados com disfunção persistente apesar de terapêutica otimizada, a reversão cirúrgica atempada pode constituir uma intervenção dirigida capaz de evitar progressão para insuficiência hepática irreversível ou transplante hepático.

PO 61

RABDOMIÓLISE ASSOCIADA AO ESFORÇO

Bárbara Fraga Campos; Rosa Sá; Fábio Dinis Alves; Vanessa Palha; Ana Oliveira Sá; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: A elevação marcada da creatina-quinase (CK) levanta frequentemente suspeita de miopatia metabólica, inflamatória ou genética, motivando investigações extensas. Contudo, em indivíduos jovens e previamente saudáveis, a rabdomiólise induzida por esforço pode constituir, por si só, um fenómeno benigno e autolimitado.

Caso clínico: Homem de 21 anos, previamente saudável, sem medicação habitual ou consumo de substâncias tóxicas, veio ao Serviço de Urgência (SU) por mialgias intensas e urina escura, alaranjada, após treino de musculação mais intenso que o habitual. À admissão apresentava valores elevados de CK (máximo 79 592 U/L), mioglobina (19 350 ng/mL) e valores normais de creatinina e ureia séricas. Foi instituída hidratação

endovenosa, com melhoria clínica e redução progressiva de CK e mioglobina. Atendendo à magnitude da elevação da CK, foi alargada investigação etiológica: estudo imunológico e serologias infecciosas negativos; RMN muscular sem alterações; eletromiografia sem evidência de miopatia ou neuropatia; biópsia muscular sem alterações sugestivas de doença inflamatória ou infiltrativa; teste de gota de sangue seco negativo para doença de Pompe; ecocardiograma normal. Verificou-se normalização completa da CK e restantes parâmetros em cerca de um mês, mantendo-se assintomático, com retoma gradual da atividade física.

Discussão: Este caso ilustra as alterações possíveis por esforço extremo, como rabdomiólise, podendo ocorrer elevações extremas da CK, na ausência de doença neuromuscular subjacente. Uma investigação estruturada e criteriosa é essencial para excluir causas graves; contudo, reconhecer o carácter benigno e transitório destas situações evita sobrediagnóstico, ansiedade e exames desnecessários. Tal como o esforço físico foi exaustivo, também o foi a investigação – cuja principal conclusão foi a ausência de outra doença coexistente.

PO 62

PIELONEFRITE ENFISEMATOSA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DIABETES MELLITUS

Rodrigo Portazio; Nuno Maia Neves; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A pielonefrite enfisematosa é uma infeção necrotizante pouco frequente, representando cerca de 1-2% das pielonefrites agudas. É caracterizada pela presença de gás no parênquima renal produzido pela bactéria infectante, associa-se a elevada taxa de nefrectomia e apresenta mortalidade que pode atingir os 40%. É mais frequente nas mulheres e em doentes com diabetes mellitus mal controlada. A tomografia computadorizada é fundamental no diagnóstico e orientação terapêutica.

Caso clínico Mulher de 67 anos, sem doenças prévias conhecidas, admitida por dor abdominal, vômitos e oligúria. Apresentava hiperglicémia ($>500 \text{ mg/dL}$), cetonémia $5,7 \text{ mmol/L}$ e acidémia metabólica ($\text{pH } 7,27$; $\text{pCO}_2 \text{ } 26 \text{ mmHg}$; $\text{HCO}_3^- \text{ } 11,9 \text{ mmol/L}$ e lactato $2,1 \text{ mmol/L}$), confirmando cetoacidose diabética. Concomitantemente apresentava leucocitose neutrofílica ($18,87 \times 10^9/\text{L}$), PCR $34,38 \text{ mg/dL}$ ($< 0,5 \text{ mg/dL}$) e lesão renal aguda (ureia 156 mg/dL e creatinina $2,95 \text{ mg/dL}$). A TC abdominal revelou pielonefrite à esquerda com coleção líquida mista (líquido e ar) contida pela cápsula renal sugerindo pielonefrite enfisematosa. Houve isolamento em hemoculturas e urocultura de *Escherichia coli*. Apesar de antibioterapia dirigida, verificou-se agravamento clínico e imagiológico, tendo sido realizada nefrectomia esquerda urgente após 8

dia de antibioterapia dirigida conforme antibiograma. O pós-operatório não apresentou intercorrências. Do estudo metabólico salienta-se HbA1c de 15,6%, tendo iniciado terapêutica antidiabética oral e insulino-terapia.

Discussão: A pielonefrite enfisematosa ocorre, maioritariamente, em mulheres diabéticas com infeção por *E. coli*. A ausência de resposta à antibioterapia deve motivar intervenção cirúrgica precoce, apoiada pelos achados/evolução radiológica, frequentemente determinante na sobrevivência. Este caso ilustra uma infeção rara em associação a cetoacido-se diabética, como manifestação inaugural de diabetes mellitus, reforçando a importância da suspeição clínica.

PO 63

LEIOMIOSSARCOMA RETROPERITONEAL APÓS AVC ISQUÉMICO: DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM DOENTE OCTOGENÁRIO

Bárbara Fraga Campos; Rosa Sá; Fábio Dinis Alves; Vanessa Palha; Ana Oliveira Sá; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: Os sarcomas de partes moles são neoplasias raras no adulto. O leiomiossarcoma é um subtipo agressivo, frequentemente diagnosticado em fase avançada quando localizado no retroperitонеu, devido ao seu crescimento silencioso e apresentação clínica inespecífica.

Caso clínico: Homem de 84 anos, autónomo, com antecedentes de cardiopatia isquémica e fibrilhação auricular, sob anticoagulação, internado por AVC isquémico vertebro-basilar. O estudo etiológico não identificou novas causas além da fibrilhação auricular previamente conhecida.

Meses depois, foi novamente internado por queixas abdominais vagas, leucocitose (15700) e elevação de PCR (331 mg/L) persistentes. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou volumosa massa retroperitoneal lombo-aórtica. Biópsia guiada por imagem confirmou leiomiossarcoma pleomórfico com focos de alto grau, com positividade para desmina, actina de músculo liso e calponina.

Retrospectivamente, o evento cerebrovascular prévio poderá considerar-se consequência de fenómeno tromboembólico paraneoplásico, contudo sem confirmação definitiva.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar. Face ao elevado risco peri-operatório, optou-se por abordagem não cirúrgica e orientação para cuidados paliativos. Evoluiu posteriormente com obstrução intestinal por progressão tumoral.

Discussão: O leiomiossarcoma retroperitoneal caracteriza-se por diagnóstico tardio e evolução agressiva. Em doentes idosos com patologia prevalente, eventos como AVC podem ser prontamente atribuídos a cau-

sas conhecidas, atrasando a identificação de patologia subjacente. Este caso sublinha a importância de manter suspeita clínica perante inflamação persistente e evolução atípica, bem como o papel do internista na integração de manifestações potencialmente paraneoplásicas. A decisão terapêutica deve ser individualizada, ponderando risco, fragilidade e proporcionalidade.

PO 64

ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA COMO CAUSA DE ESPLENOMEGALIA EM ADULTO JOVEM

Bárbara Fraga Campos; Rosa Sá; Beatriz Magalhães; Vanessa Palha; Ana Oliveira Sá; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Introdução: A esplenomegalia é um achado frequente em Medicina Interna, mais habitualmente encontrada em doenças infecciosas, doenças hepáticas e congestivas, doenças hematológicas oncológicas, no entanto, causas congénitas, como a esferocitose hereditária, devem ser consideradas, mesmo em adultos com doença pouco sintomática ou previamente interpretada como episódica.

Caso clínico: Homem de 30 anos, previamente saudável, referenciado à consulta de Medicina Interna por esplenomegalia volumosa detetada em ecografia abdominal, realizada após determinação de valor elevado de ferritina. Tinha como antecedentes dois episódios de anemia hemolítica não imune associados a infeções (2016, infeção vírica; 2024, *Mycoplasma pneumoniae*), ambos autolimitados. À observação encontrava-se assintomático, sem icterícia ou enfartamento precoce, apresentando hepatoesplenomegalia indolor.

Analiticamente hemoglobina 14,1 g/dL, VGM 90,3 fl, com reticulocitose persistente, hiperbilirrubinemia indireta, haptoglobulina <10 mg/dL e teste de Coombs direto negativo. O estudo complementar revelou aumento da fragilidade osmótica após incubação, compatível com esferocitose hereditária. A citometria e estudo genético identificaram deficiência da proteína banda 3, sem variantes patogénicas nos genes PKLR e G6PD. Foi estabelecido o diagnóstico de esferocitose hereditária ligeira, tendo iniciado suplementação com ácido fólico e plano de vigilância clínica e ecográfica, incluindo aconselhamento vacinal e genético.

Discussão: A esferocitose hereditária apresenta grande variabilidade fenotípica, podendo manifestar-se apenas por esplenomegalia ou episódios intermitentes de hemólise desencadeados por infeções. Este caso ilustra a importância da inclusão de anemias hemolíticas hereditárias no diagnóstico diferencial da esplenomegalia em adultos, evitando atrasos no diagnóstico e permitindo uma abordagem preventiva adequada.

PO 65

DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Bárbara Fraga Campos; Miguel Gomes Antunes;
Beatriz Magalhães; Vanessa Palha; Ana Oliveira Sá;
Narciso Oliveira

Hospital de Braga

Introdução: A doença pneumocócica invasiva (DPI) está associada a elevada morbidade e mortalidade, com maior incidência em idosos ou indivíduos com comorbilidades ou imunossupressão. Na ausência de fatores de risco evidentes, é fundamental investigar causas subjacentes de disfunção imunitária, incluindo doenças autoimunes sistêmicas.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, previamente autónoma, com antecedentes de asma, admitida por pneumonia adquirida na comunidade grave, com insuficiência respiratória tipo 1. Analiticamente apresentava elevação marcada de parâmetros inflamatórios e hemoculturas positivas para *Streptococcus pneumoniae*, confirmando doença pneumocócica invasiva. Evoluiu favoravelmente após antibioterapia dirigida com Amoxicilina e terapêutica de suporte, tendo alta após 14 dias de tratamento.

No seguimento pós-internamento, foi realizada investigação etiológica por ausência de fatores de risco maior. A doente referia sintomas sicca de longa data. Dos resultados do estudo, destacam-se Teste de Schirmer <1 mm, biópsia das glândulas salivares minor com sialoadenite linfocítica e positividade para ANA (título 1/640), anti-SSA e anti-SSB, associados a hipergamaglobulinemia e fator reumatoide elevado, sem consumo de complemento. Foi estabelecido o diagnóstico de síndrome de Sjögren primária, iniciando terapêutica com hidroxicloroquina e medidas sintomáticas, com boa evolução clínica.

Discussão: A síndrome de Sjögren associa-se a disfunção imunitária humoral e aumento do risco de infeções, incluindo infeções invasivas por agentes encapsulados. Este caso evidencia a importância de investigar causas de imunossupressão subjacente após DPI, mesmo em doentes sem diagnóstico prévio de doença sistémica, permitindo diagnóstico atempado e prevenção de futuras complicações.

PO 66

LINFOMA ESPLÉNICO DA ZONA MARGINAL COMO CAUSA RARA DE ESPLENOMEGALIA MACIÇA EM ADULTO JOVEM

Bárbara Fraga Campos; Rosa Sá; Beatriz Magalhães;
Vanessa Palha; Ana Oliveira Sá; Narciso Oliveira

Hospital de Braga

Introdução: A esplenomegalia é um achado clínico frequente, mais habitualmente encontrada em doenças infecciosas, doenças hepáticas e congestivas. Embora

menos frequente, as doenças hematológicas, nomeadamente linfoproliferativas indolentes, devem ser consideradas, sobretudo na presença de citopenias inexplicadas. O linfoma esplénico da zona marginal (LEZM) é um linfoma não Hodgkin raro, tipicamente diagnosticado em idade avançada.

Caso clínico: Homem de 39 anos, saudável, sem hábitos tóxicos ou medicação habitual, referenciado à consulta de Medicina Interna por bicitopenia (plaquetas 34 000/ μ L; leucócitos 2 200/ μ L) detetada após aparecimento de lesões petequiais nos membros inferiores. Negava sintomas gerais, hemorragias ou sugestivos de infeção. Ao exame físico destacava-se esplenomegalia maciça (bordo esplénico palpável no flanco direito), indolor, sem adenomegalias periféricas palpáveis. O estudo complementar revelou leucopenia com linfócitos atípicos/reativos, trombocitopenia sem agregados plaquetares, eletroforese de proteínas séricas normal, estudos autoimune e infeccioso negativos e teste de gota de sangue seco negativo para Doença de Gaucher. A ecografia abdominal revelou esplenomegalia (27×9,7×29 cm), de contornos regulares e textura homogénea. A biópsia de medula óssea evidenciou doença linfoproliferativa compatível com linfoma da zona marginal de tipo esplénico. O doente iniciou terapêutica com rituximab, com boa tolerância.

Discussão: O LEZM é raro, mais frequente após os 50 anos, de curso indolente, caracterizado por esplenomegalia, envolvimento medular e citopenias, sendo frequentemente assintomático à data do diagnóstico. A idade jovem deste doente e a ausência de linfocitose periférica tornam este caso particularmente relevante, salientando a importância de uma abordagem sistémica da esplenomegalia e das citopenias, mesmo em doentes jovens e paucissintomáticos.

PO 67

CORREÇÃO ABRUPTA, COMPLICAÇÃO INESPERADA: NEUROPATIA INDUZIDA PELO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS

Maria Ladeira Moraes; Rita Pato Rosa; Ana Sofia Pimenta;
Mariana Teixeira; Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A neuropatia induzida pelo tratamento da *diabetes mellitus* (DM) é uma condição pouco frequente, que resulta de uma correção rápida da glicémia em doentes com hiperglicemia crónica. Os sintomas associados são dor neuropática severa, refratária à terapêutica antálgica e, ainda, disfunção autonómica. A fisiopatologia desta entidade clínica ainda não está esclarecida e o tratamento é sintomático.

Mulher 51 anos, sem antecedentes, recorre ao Serviço de Urgência por dificuldade respiratória com hiperventilação e alteração do estado de consciência. Apresentava polidipsia, polifagia e poliúria com 6 meses de evolução. Após avaliação, diagnosticada cetoacidose

diabética grave como manifestação inaugural de DM. Iniciou fluidoterapia, insulino-terapia em perfusão e bicarbonato, evoluindo desfavoravelmente para coma. Ficou internada no Serviço de Medicina Intensiva, onde permaneceu durante 22 dias, e, posteriormente, 21 dias no Serviço de Medicina Interna. Obteve controlo glicémico adequado após vários ajustes terapêuticos. No 30º dia de internamento, iniciou dor intensa nos membros inferiores que descrevia como “choque elétrico”. Realizou eletromiografia e ecodoppler dos membros inferiores sem alterações. Realizou várias terapêuticas analgésicas, sem efeito significativo, tendo-se verificado uma melhoria sintomática apenas após a instituição de pregabalina. Assumido diagnóstico de neuropatia periférica iatrogénica à insulina. À data de alta foi orientada para uma unidade convalescença para reabilitação funcional.

Este caso clínico demonstra que, mesmo no controlo de situações potencialmente fatais, podem surgir efeitos iatrogénicos pela terapêutica instituída, o que reforça a necessidade de monitorização constante e seguimento adequado do doente.

PO 68

TROMBOSE DA VEIA PORTA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MUTAÇÃO JAK2

Tiago Valente¹; Ana Margarida Fonseca¹; Inês Amaral Pinto²; Paulo Carrola³; Joana Calvão³; José Presa Ramos³

¹Unidade Local de Saúde de São João; ²Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho; ³Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

A trombose da veia porta (TVP) é uma condição potencialmente grave, habitualmente associada a doença hepática crónica (DHC), neoplasias abdominais ou estados protrombóticos, nomeadamente neoplasias mieloproliferativas (NMP). Contudo, evidência crescente demonstra que mutações no gene JAK2 podem constituir um fator protrombótico independente, mesmo na ausência de alterações no hemograma ou critérios medulares de NMP, associando-se particularmente a tromboses do território esplâncnico. Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino de 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 medicada com antidiabéticos orais, sem história de contraceção hormonal, tromboses prévias ou antecedentes familiares relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal superior com oito dias de evolução. Analiticamente com hemoglobina 13.0 g/dL, plaquetas 338.000/μL, sem leucocitose, INR1.29, sem alterações das provas de biologia ou de função hepática; a ecografia abdominal com doppler revelou oclusão quase total da veia porta com extensão à veia mesentérica superior e esplénica, envolvendo o tronco e ramos direito e esquerdo da veia porta, confirmada posteriormente em tomografia. Decidido

internamento para início de anticoagulação e estudo etiológico. Do estudo destaca-se que a endoscopia digestiva alta não tinha alterações relevantes, o estudo de trombofilias hereditárias e adquiridas foi negativo. Na pesquisa de causas genéticas, identificou-se mutação V617F no gene JAK2. O mielograma e a biópsia osteomedular não evidenciaram critérios de NMP. Associou-se antiagregação plaquetária e, posteriormente, terapêutica citorredutora com hidroxiureia. Este caso reforça a importância da pesquisa da mutação JAK2 nas tromboses esplâncnicas não cirróticas, mesmo perante hemograma e estudo medular normais, dada a sua relevância como marcador protrombótico isolado e a necessidade de vigilância hematológica a longo prazo.

PO 69

CUIDADOS PALIATIVOS PRECOSES EM ONCOLOGIA AVANÇADA: QUANDO O FIM É UM COMEÇO

Petra Monteiro; Marisol Nogueira; Diana Mata; João Pinto Machado; Inês Almeida Costa; Ana Carlos Bento; Beatriz Silva

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: Os cuidados paliativos permanecem frequentemente associados ao fim de vida, o que contribui para referenciação tardia e perda de oportunidade de intervenção. A integração precoce permite controlo sintomático eficaz, apoio psicossocial e melhoria da qualidade de vida, mesmo com terapêutica modificadora da doença. Este caso pretende ilustrar que, mesmo em situações raras de remissão completa em doença oncológica avançada, a intervenção precoce dos cuidados paliativos é fundamental, assegurando o controlo sintomático e promoção sustentada da qualidade de vida, independentemente do prognóstico.

Caso clínico: Doente de 61 anos, sexo masculino, previamente autónomo e com bom estado geral, apresentava síndrome constitucional e epigastralgias com 6 meses de evolução. A endoscopia digestiva alta revelou neoformação ulcerada envolvendo o cárdia, cuja biópsia demonstrou carcinoma gástrico pouco diferenciado. O estadiamento documentou doença localmente extensa com metastização ganglionar à distância, estágio IV. Iniciou quimioterapia paliativa. Foi referenciado precocemente aos cuidados paliativos por dispneia, neuropatia e sofrimento existencial, com otimização terapêutica e suporte multidimensional. Manteve seguimento conjunto com Oncologia, com tomografias desde agosto de 2024 demonstrando remissão completa e encontrando-se em vigilância desde essa altura. Em fevereiro de 2026, apresentava-se assintomático, autónomo nas atividades de vida diária e com qualidade de vida preservada.

Conclusão: Este caso desafia o paradigma dos cuidados paliativos como cuidados em fim de vida, evidenciando o seu papel na intervenção precoce, ativa e transfor-

madora. A integração atempada e intervenção interdisciplinar permitiu controlo sintomático eficaz, suporte holístico e preservação da autonomia, reforçando que os cuidados paliativos são uma ponte para viver com qualidade, independentemente do prognóstico.

PO 70

SÍNDROME DE DRESS: UM CASO DE HIPERSENSIBILIDADE COM FALÊNCIA MULTIORGÂNICA

Catarina Campos Ventura; Andrea Castanheira
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A Síndrome de Dress traduz uma reação grave do sistema imunitário a um fármaco, manifestando-se com erupção cutânea grave, linfadenopatias, eosinofilia, atipia linfocítica e falência multiorgânica, com início 2 a 8 semanas após início do tratamento. Entre os fármacos mais associados destacam-se antibióticos e AINEs.

Caso clínico: Homem de 62 anos, com antecedentes de AVC hemorrágico, epilepsia vascular, estenose aórtica com insuficiência cardíaca, portador de prótese aórtica biológica, poliglobulia, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e SAOS. Recorreu ao serviço de urgência por febre com uma semana de evolução. Analiticamente com lesão renal aguda e parâmetros inflamatórios aumentados. No estudo etiológico de febre sem foco, realizou ecocardiograma transesofágico, com diagnóstico de endocardite de válvula protésica e de válvula nativa mitral a *Staphylococcus epidermidis*. Iniciou antibioterapia com vancomicina, gentamicina e rifampicina, que cumpriu durante 24 dias, com posterior substituição por linezolid por lesão renal aguda. Quatro dias após a troca, desenvolveu quadro confusional e exantema maculo-papular em mais de 50% da superfície corporal, associado a agravamento de lesão renal e eosinofilia progressiva. Verificou-se continua degradação neurológica e renal e sinais de disfunção cardiovascular, com hipotensão, hiperlactacidémia e acidose metabólica. Assumido Síndrome de Dress secundário à vancomicina, com choque séptico e envolvimento multiorgânico, com hiperlactacidémia e acidemia refratárias a terapêutica de substituição renal e falência hepática com coagulação intravascular disseminada. Apesar das medidas instituídas, evolução desfavorável com óbito verificado.

Este caso evidencia a importância de elevada suspeição clínica para reconhecimento desta condição rara, mas potencialmente fatal. Entre os antibióticos, a vancomicina, os beta-lactâmicos e o co-trimoxazol são os mais associados a esta reação de hipersensibilidade.

PO 71

A HIPOXÉMIA QUE SURGE EM PÉ – DIAGNÓSTICO DE FORAMEN OVALE PATENTE

Catarina Campos Ventura; Andrea Castanheira
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

O foramen ovale patente (FOP) verifica-se em 25% da população adulta, sendo habitualmente assintomático. No entanto, fatores anatómicos que favorecem o shunt direito-esquerdo, como o aneurisma do septo interauricular, podem torná-lo sintomático, manifestando-se por AVC criptogénico, cefaleia vascular, doença descompressiva, embolia pulmonar e síndrome de platipneia-ortodeoxia.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, com síndrome demencial, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica. No serviço de urgência por dispneia e tosse produtiva, com necessidade de oxigénio suplementar a 8L/min. Analiticamente com PCR discretamente elevada, agudização de função renal, hipercaliemia de 6.52 mmol/L e D-dímeros e troponina T aumentados, sem critérios de tromboembolismo pulmonar em angio-TC torácica. Testou positivo para infeção por Influenza B. No internamento, após resolução de infeção e desmame completo de oxigénio, a doente apresenta novos episódios de dessaturação auto-limitados, com insuficiência respiratória que agravava em ortostatismo e melhorava em decúbito dorsal. Colocada a hipótese de síndrome de platipneia-ortodeoxia, pelo que realiza ecocardiograma transtorácico e transesofágico com soro agitado a revelar aneurisma do septo interauricular, associado a foramen ovale patente, a condicionar shunt direito-esquerdo significativo. Doente sem condições para encerramento cirúrgico de FOP, pelo que tem alta com OLD 3L/min 24h/dia, mantendo o seguimento em consulta de medicina interna.

Em contextos precipitantes, como infeção respiratória ou alterações hemodinâmicas, o FOP pode manifestar-se por hipoxemia posicional, designada síndrome de platipneia-ortodeoxia. O reconhecimento desta entidade é essencial para um diagnóstico atempado e adequada orientação terapêutica, sobretudo em doentes elegíveis para encerramento percutâneo.

PO 72

QUISTO HEPÁTICO GIGANTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Catarina Campos Ventura; Andrea Castanheira
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Os quistos hepáticos constituem um grupo variado de entidades clínicas, sendo habitualmente benignos e achados acidentais. Alguns quistos podem ser sintomáticos, nomeadamente os de maior dimensão, associando-se a complicações como infeção, hemorragia ou rotura espontânea, compressão de estruturas e transformação maligna. Uma minoria, como os quistos

hidáticos, podem condicionar choque anafilático.

Caso clínico: Homem de 64 anos com fibrilhação auricular, hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva/aritmica e dislipidemia. Recorre ao serviço de urgência por dor epigástrica com irradiação hipogástrica e dorsal, com náuseas e anorexia. Tem ecografia do exterior a documentar hepatomegalia generalizada com formação hipoecoica multiseptada, com TC a mostrar volumosa lesão hepática, quística, sem focos de hemorragia ativa. Analiticamente com PCR e PCT elevadas. Discutido com radiologia, que colocou hipótese de quisto hidático, pedindo-se serologias de equinococcus. Enquanto aguardava resultado, doente manteve dor abdominal forte e subida de parâmetros inflamatórios, mantendo controlo imagiológico da lesão. Por estabilidade da mesma, feita biopsia com colheita de líquido para análise citoquímica, cultural e parasitológica. O exame cultural foi positivo para *Streptococcus agalactiae*. O exame microbiológico da peça foi positivo para bacterioides Thetaiotaomicro. Foi ainda pedida serologia de *Entamoeba histolytica*, negativa. As serologias de Equinococcus acabaram por positivar, pelo que foi feita drenagem cirúrgica da lesão. Doente teve alta medicado com albendazol e seguimento em consulta de cirurgia geral.

A hidatidose, uma zoonose causada por *Echinococcus granulosus*, é uma infeção relevante em regiões endémicas como Portugal. Manifesta-se frequentemente por lesões quísticas volumosas, a afetar vários órgãos. A possível sobreinfeção bacteriana destes quistos pode condicionar quadros clínicos inespecíficos e dificultar o diagnóstico e tratamento.

PO 73

DO PERICÁRDIO AO MIOCÁRDIO: RELATO DE MIOPERICARDITE AGUDA

Catarina Campos Ventura; Andrea Castanheira
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A miopericardite surge como uma complicação da pericardite aguda pela extensão da inflamação pericárdica ao miocárdio. A apresentação clínica é semelhante, dor torácica pleurítica e alterações eletrocardiográficas, como elevação generalizada do segmento ST ou depressão do segmento PR. Analiticamente, o valor de troponina está aumentado.

Caso clínico: Homem de 91 anos com hipertensão arterial, anemia ferropénica e antecedentes de trombose venosa profunda. Diagnóstico prévio de pericardite aguda um mês antes, medicado com colchicina durante sete dias. Recorre ao serviço de urgência por dor torácica de agravamento à inspiração profunda, a irradiar para a região cervical e occipital, associada a cefaleia holocraniana. Analiticamente, D-dímeros e troponina T aumentados e ligeira elevação de PCR. Radiografia com cardiomegalia e apagamento do seio costofrénico à direita e ECG com fibrilhação auricular

com resposta ventricular controlada. Ecocardiograma transtorácico a demonstrar derrame pericárdico moderado e ventrículo direito dilatado, com ligeira disfunção sistólica, sem alterações do ventrículo esquerdo. Angio-TC torácica confirma derrames pericárdico e pleural bilateral, maior à direita, a promover atelectasia restritiva do parênquima pulmonar subjacente. Em internamento, realizou ressonância magnética cardíaca que revelou achados compatíveis com miopericardite aguda, sem sinais de fisiologia constritiva associada. Completou 6 dias de corticoterapia e um mês de colchicina. O doente tem alta mantendo seguimento na consulta de medicina interna, sem novos episódios descritos.

A suspeita de miopericardite deve ser elevada em doentes com pericardite aguda e com elevação da troponina acima do valor de referência, na presença de função ventricular esquerda preservada. O diagnóstico exige a exclusão criteriosa de outras causas, como síndrome coronária ou aórtica aguda e tromboembolismo pulmonar.

PO 74

MIELOMA MÚLTIPLO IGG LAMBDA COM EVOLUÇÃO PARA LEUCEMIA DE PLASMÓCITOS: UM DESAFIO PARA O INTERNISTA

Raquel Lopes; Fernando Miguel
ULS Região Leiria

Introdução: O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos e lesão de órgão-alvo (CRAB). A Leucemia de Plasmócitos (LP) constitui uma forma rara e agressiva, definida pela presença $\geq 20\%$ de plasmócitos no sangue periférico (SP) ou $> 2 \times 10^9/L$, associando-se a elevada carga tumoral e pior prognóstico. O seu reconhecimento precoce é determinante para orientação célere.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, ECOG 2-3, previamente autónoma, internada por lombalgia, obstipação e défice motor progressivo dos membros inferiores. Analiticamente apresentava anemia normocítica (hemoglobina - Hb 7,6 g/dL), hipercalcémia (3,04 mmol/L) e β_2 -microglobulina 9,99 mg/L, sem insuficiência renal. Imunofixação sérica revelou gamapatia monoclonal IgG Lambda (pico 10,6 g/L), com cadeias leves livres Lambda 739 mg/L (rácio κ/λ 0,003). A imunofenotipagem do sangue periférico identificou 22% de plasmócitos CD38+, CD138+, CD19-, CD56+, Lambda+, compatível com LP. O medulograma evidenciou 35-40% de plasmócitos clonais. A ressonância magnética mostrou infiltração difusa da medula óssea e múltiplas fraturas compressivas dorsolombares (D6, D8-D10, L3-L4), com mielopatia compressiva em D6 e compressão da cauda equina em L3. Tomografia computadorizada documentou lesão lítica femoral e colapsos vertebrais múltiplos. O quadro foi complicado por pneumonia bilateral e infeção SARS-CoV-2, com resolução.

Discussão: O caso evidencia uma discrasia plasmocitária com critérios C(R)AB (anemia, hipercalemia e doença óssea extensa) e transformação leucêmica, traduzindo elevada carga tumoral e agressividade biológica. A apresentação inicial em contexto de sintomas neurológicos e complicações infecciosas reforça o papel central da Medicina Interna na suspeição diagnóstica, estabilização clínica e articulação multidisciplinar. A presença de plasmocitose periférica significativa, imunofenótipo aberrante e $\beta 2$ -microglobulina elevada reforçam o mau prognóstico. Este caso salienta assim a importância da integração clínica, laboratorial e imagiológica na abordagem sistematizada das anemias e síndromes osteolíticas em internamento. O diagnóstico precoce e a rápida referenciação para Hematologia e terapêutica dirigida são fundamentais.

PO 75

ANATOMIA DE UM DIAGNÓSTICO: PARVOVÍRUS B19 COMO CAUSA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Leonel Freitas Pereira; Eugénio Dias; Cristina Lopes; Daniela Brigas; António Pessoa; Jennifer Conceição; Ana Costa; Carolina Assunção; Susana Marques
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Infeções por Parvovírus B19 Humano (PVB19) apresentam-se classicamente como eritema infeccioso em idades pediátricas, artrite aguda ou crises aplásicas transitórias. Contudo, formas atípicas em adultos podem mimetizar patologias sistémicas graves.

Apresenta-se um caso de uma doente de 42 anos, sem antecedentes de relevo, com duas admissões anteriores no serviço de urgência por queixas álgicas osteoarticulares e edema periférico. Por agravamento progressivo das queixas e surgimento de dispneia para pequenos esforços e ortopneia, retornou ao mesmo serviço. À observação, identificou-se uma pressão arterial de 191/113 mmHg e fervores crepitantes bibasais à auscultação.

Ao rever a avaliação analítica realizada na semana anterior, constatou-se uma anemia normocítica normocrômica, uma lesão renal aguda associada a proteinúria e aumento das transaminases. À reavaliação observou-se uma resolução destas alterações, agravamento da proteinúria, elevação moderada dos parâmetros de lesão miocárdica e elevação franca dos péptidos natriuréticos (NT-proBNP 15637 pg/mL). Neste sentido, realizou-se um eletrocardiograma que revelou inversão das ondas T nas derivações anteriores de novo, com ecocardiograma à cabeça da doente com redução da contratilidade global. Perante um envolvimento multiorgânico, com insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda com proteinúria, anemia e queixas miopáticas, foram colhidas serologias de Parvovírus com IgM e IgG positivas, suportando o diagnóstico.

A doente permaneceu estável sob terapêutica diurética e controlo tensional, tendo alta no dia seguinte com

acompanhamento precoce em consulta externa. Durante o seguimento, houve resolução total das queixas, alterações ecocardiográficas e analíticas, permanecendo apenas medicada para a hipertensão arterial. As apresentações atípicas de infeção por PVB19 testam a capacidade de integração de achados clínicos de uma forma holística, e demonstram o potencial de recuperação em miocardites virais.

PO 76

ANEMIA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE PROGRESSÃO DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA DE CÉLULAS B

Raquel Lopes; Daniela Coelho; Fernando Miguel
ULS Região Leiria

Introdução: A Leucemia Linfocítica Crónica de células B (LLC-B) é a leucemia mais frequente no adulto ocidental, caracterizada por evolução indolente, podendo complicar-se por citopenias autoimunes ou progressão medular. A anemia grave pode constituir manifestação inaugural, exigindo rápida abordagem em contexto hospitalar.

Caso clínico: Homem de 60 anos, francês, residente em Portugal, com LLC-B diagnosticada em 2020, previamente sem critérios terapêuticos e em vigilância. Recorreu ao Serviço de Urgência por lipotímia e cansaço progressivo. À admissão: Hemoglobina 3,4 g/dL, VCM 126,9 fL, leucócitos 252.900/ μ L (linfócitos 241.300/ μ L), plaquetas 175.000/ μ L, PCR 53,7 mg/L. Hemodinamicamente estável, pálido, sem organomegalias palpáveis. Teste de antiglobulina direta (TAD) IgG 4+++, sem marcadores laboratoriais inequívocos de hemólise; bom rendimento após transfusão de 2 concentrados eritrocitários. Esfregaço de sangue periférico sugestivo de síndrome linfoproliferativa. TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou adenomegalias cervicais, mediastínicas e abdominais, sem esplenomegalia significativa. Estudo molecular: IGHV não mutada; del17p/TP53 negativa. Assumida progressão de LLC-B complicada por anemia hemolítica autoimune, iniciando corticoterapia e posteriormente ibrutinib, com profilaxia anti-infecciosa; encontrando-se atualmente em resposta completa.

Discussão: A anemia na LLC-B pode resultar de infiltração medular, hiperesplenismo ou autoimunidade. A presença de TAD fortemente positivo favoreceu anemia hemolítica autoimune secundária, complicação observada em até 10% dos doentes, mas a progressão medular constituiu também, sem dúvida, uma causa etiológica associada. A marcada linfocitose e o estado IGHV não mutado reforçam o perfil biológico adverso. Este caso destaca o papel da Medicina Interna na abordagem inicial de anemia grave, na estabilização hemodinâmica, exclusão de causas agudas e na articulação célere com Hematologia para estratificação prognóstica e início de terapêutica dirigida.

PO 77

MAIS PÓLIPOS QUE IDADE

Beatriz Brito Almeida; Cátia Canelas; Gabriela Da Silva;
Joana Rua; Catarina Gomes Gonçalves

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Introdução: A diarreia sanguinolenta persistente em jovens é rara, mas pode ser o primeiro sinal de doenças graves do cólon. Polipose exuberante, mesmo sem antecedentes familiares ou mutações genéticas conhecidas, representa um risco silencioso de complicações, incluindo carcinoma colorretal. O diagnóstico precoce e a intervenção imediata são fundamentais.

Caso clínico: Masculino, 21 anos, saudável, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, recorreu ao serviço de urgências por diarreia com sangue vivo e coágulos, associada a cólicas abdominais que melhoravam após evacuação, com perda de 3 kg em 3 semanas. Teve alta orientado para consulta.

Em contexto de ambulatório, realizou colonoscopia que mostrou: dois pólipos pequenos no cólon ascendente, mas mais de 50 distribuídos pelo transversal, descendente, sigmoide e reto. Entre eles, pólipos planos (IIa), sésseis e serrilhados, alguns com até 45 mm. No reto, cerca de 15 pólipos de 5-15 mm formavam uma polipose extensa. Repetiu nova colonoscopia com polipectomia cuja anatomia patológica confirmou adenomas tubulares com displasia de alto e baixo grau.

Durante oito meses, manteve 3-4 evacuações diárias com sangue, evidenciando a persistência do quadro. O paciente desenvolveu anemia ferropénica (Hb 11,2 g/dL) sem resposta ao ferro oral, mas realizou carboximaltose férrica com melhoria. O painel genético de 26 genes associados a carcinoma colorretal hereditário (APC, Lynch, MUTYH e outros) foi negativo, descartando predisposição. Dada a exuberância e a localização atípica dos pólipos foi proposto para polipectomia retal extensa que aguarda.

Discussão: Este caso evidencia um diagnóstico incomum pela localização atípica da polipose, ausência de história familiar e alterações genéticas. Deixa também presente a necessidade de estudo endoscópico nas diarreias persistentes, a importância de caracterizar histologicamente os pólipos e a inevitável intervenção invasiva profilática.

PO 78

HEPATITE B FULMINANTE: UMA HISTÓRIA COM FINAL FELIZ

Juliana Nogueira¹; Tiago Neves²; Joana Marinho²;
André Carmo²; Rúben Carvalho²; Cristina Valente²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE;

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

A hepatite B fulminante é caracterizada pela presença de sinais de disfunção hepática e ocorre em 0,1 a 0,5% dos casos em adulto.

Apresento o caso de uma doente, de 73 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal no hipocôndrio direito, anorexia e icterícia com 1 semana de evolução; perda de 13% do peso corporal e astenia com 2 meses de evolução. À admissão, com icterícia mucocutânea e desconforto no hipocôndrio direito. Analiticamente, Aspartato Aminotransferase (AST) 3354 U/L, Alanina Aminotransferase (ALT) 2850 U/L, Fosfatase Alcalina (FA) 314 U/L, Gama-Glutamil Transferase (GGT) 514 U/L, Bilirrubina (BRB) total 8,8 mg/dL, e direta 6,3 mg/dL. Protrombinemia 59%, sem trombocitopenia e hipoalbuminemia ligeira (3,3 g/dL). Angiotomografia computadorizada abdominal sem alterações. No decorrer do estudo, antígeno de superfície do vírus hepatite B (VHB) e antígeno E VHB reativos, com os respetivos anticorpos não reativos e anticorpos do tipo imunoglobulina M anti-*core* VHB reativos. Iniciou entecavir, dado lesão renal aguda. Evolução com agravamento da icterícia, protrombinemia (mínimo 45%) e INR (máximo 1,51), transaminases (máximo AST 2529 U/L, ALT 2190 U/L), hiperbilirrubinemia (máximo BRB total 18.6 mg/dL, BRB direta 12.6 mg/dL) e hipoalbuminemia (mínimo 2,8 g/dL), com amoníaco de 82 mmol/L, culminando na sua referenciação à equipa de transplantação hepática. Ao 5º dia de terapêutica, com melhoria analítica marcada, mantida ao longo dos dias seguintes, com alta após 12 dias de internamento com manutenção de terapêutica. De contexto epidemiológico, apenas filho, com quem reside, recentemente diagnosticado com o vírus da imunodeficiência humana e coinfeção por VHB e vírus da hepatite C. Este caso relembra-nos que a hepatite B não é apenas uma infeção crónica, mas que se pode manifestar como hepatite grave e fulminante com disfunção hepática, sendo importante o rápido início de terapêutica nestes casos, na tentativa de reduzir a necessidade de transplante.

PO 79

DENGUE COM TESTES NEGATIVOS INICIAIS: UMA ARMADILHA DIAGNÓSTICA NO VIAJANTE

Daniel Castanheira¹; Carolina Santos²; André Cartaxo²;
Mariana Pereira²; Sara Pocinho²; João Domingos²;
Kamal Mansinho²

¹Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas; ²Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

A síndrome febril no viajante regressado de área endémica constitui um desafio diagnóstico, particularmente quando os testes iniciais são negativos. O reconhecimento do timing da resposta imunológica é fundamental para evitar exclusão prematura de arboviroses.

Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos, com antecedente de infeção por vírus Dengue, admitido por febre, artralgias e astenia com início no regresso do México. Referia picadas de mosquito durante estadia em zona selvagem. À admissão, encontrava-se está-

vel, sem foco infeccioso evidente.

Analiticamente, destacava-se leucopenia ($2.600/\text{mm}^3$) e trombocitopenia ($86.000/\text{mm}^3$), com parâmetros inflamatórios pouco elevados. O estudo inicial excluiu infecções bacterianas, malária e vírus respiratórios. A serologia e antígeno NS1 para dengue foram negativos em fase precoce, mantendo-se investigação alargada para infecções transmitidas por vetores.

Durante o internamento, verificou-se evolução favorável, com resolução da febre e melhoria das citopenias. Em reavaliação subsequente, confirmou-se infecção por vírus Dengue, compatível com fase inicial da doença aquando da avaliação hospitalar.

Este caso destaca uma limitação crítica no diagnóstico das arboviroses: a possibilidade de resultados falso-negativos em fases precoces. A interpretação dos testes deve considerar o contexto clínico e epidemiológico, sendo essencial manter vigilância e reavaliação dirigida para evitar exclusão diagnóstica inadequada.

PO 80

PANICULITE HISTIOCÍTICA CITOFÁGICA: UMA CAUSA RARA DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA

Rita Pato-Rosa; Christian Neves; Maria Morais;
Bárbara Paracana

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A paniculite histiocítica citofágica (PHC) é uma doença inflamatória rara do tecido adiposo subcutâneo, caracterizada por infiltração de histiócitos ativados capazes de hemofagocitose. Pode evoluir para ou coexistir com linfocitose hemofagocítica (HLH), refletindo ativação macrofágica sistêmica descontrolada.

Caso clínico: Homem de 68 anos, previamente internado por um episódio autolimitado de HLH associado a paniculite, cujo estudo etiológico extensivo se revelou inconclusivo, apresentou febre, alteração do estado de consciência e lesões cutâneas compatíveis com paniculite. Analiticamente destacavam-se pancitopenia, citólise hepática, hiperferritinemia (38.689 ng/mL), hipertrigliceridemia e D-dímeros elevados. O HScore foi >268 , correspondendo a $>99\%$ de probabilidade de HLH. Estudos de neoplasia oculta, infecção e autoimunidade sistêmica foram negativos. Biópsia cutânea revelou infiltrado linfo-histiocítico hipodérmico compatível com PHC; linfoma subcutâneo de células T tipo paniculite foi descartado. Iniciou-se terapia com corticoides sistêmicos, com resposta clínica e laboratorial favorável.

Discussão: A PHC é uma doença rara do tecido adiposo subcutâneo e representa uma causa excepcional de HLH em adultos. Deve ser considerada em situações de recorrência de HLH sem causa identificável. O diagnóstico requer avaliação integrada de dados clínicos, laboratoriais e histológicos, bem como abordagem multidisciplinar. No caso apresentado, a exclusão de

linfoma T, a negatividade dos exames de autoimunidade sistêmica e a resposta à corticoterapia reforçaram a consideração da PHC como diagnóstico primário.

PO 81

O ESTUDO DE UM SÍNDROME INFLAMATÓRIO

Rita Carrapa Sarmento; Diana Montagna; Hélia Mateus;
Alexandra Vaz; Edite Nascimento

ULS Viseu Dão Lafões

As vasculites de grandes vasos mais comuns são a Arterite de Células Gigantes (ACG) e a Arterite de Takayasu (AT). Ambas se manifestam com sintomas constitucionais, estando a ACG mais associada a cefaleia e claudicação mandibular.

Mulher de 68 anos, autônoma, sem antecedentes de relevo. Recorre ao Serviço de Urgência por febre de predomínio vespertino ($T_{\text{max}} 38,3^\circ\text{C}$) com 6 semanas de evolução. Nos momentos de subida térmica com cefaleia tipo tensão e cervicálgia. Associadamente com astenia, anorexia e perda ponderal desde início do quadro. Sem outras queixas. Ao exame Objetivo apresentava-se subferil, sem outras alterações. Estudo analítico (EA) com anemia normocítica e normocromica, trombocitose e aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR e VS). Realizou TC-CE e TC cervical sem alterações relevantes. Internada para estudo complementar. Realizou EA alargado com proteinograma eletroforético com evidência de padrão inflamatório, serologias e autoimunidade negativas, culturas negativas. Realizou TC-TAP e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Solicitada PET-CT com identificação de "...intensa captação do radiofármaco nas paredes das artérias carótidas comuns, axilares, subclávias, braquicefálica, aorta ascendente...num aspeto compatível com processo inflamatório vascular...". Realizou posteriormente ecodoppler dos vasos do pescoço e artérias temporais sugestivo de ACG. Iniciou corticoterapia sistêmica com melhoria dos sintomas e do padrão inflamatório no EA. Feito desmame progressivo de corticoterapia após introdução de metotrexato, sem recorrência de sintomas. Após 6 meses de tratamento, realizou PET-CT de reavaliação, sem evidência de atividade da doença.

O diagnóstico de ACG deve ser considerado mesmo que não existem sintomas típicos, como a claudicação mandibular, ou alterações ao exame Objetivo específicas. A realização de ecodoppler dos vasos temporais é essencial para a distinção entre a ACG e AT.

PO 82

PERICARDITE RECORRENTE CORTICODEPENDENTE: DO DESAFIO TERAPÊUTICO À EFICÁCIA DO ANAKINRA

Ana Maria Teodoro; Mariana Sá; Pedro Ruas; Francisco Piçarra;
Catarina Santos; Inês Cruz; Tiago Judas

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A pericardite aguda é uma causa comum de dor torácica, mas a recorrência afeta 15% a 30% dos doentes. Embora os anti-inflamatórios não esteroides e a colchicina sejam a primeira linha, uma proporção significativa de doentes torna-se corticod dependente, enfrentando riscos de progressão para pericardite constritiva e toxicidade metabólica grave.

Caso clínico: Sexo masculino, 81 anos, antecedentes de hipertensão e dislipidemia. Em janeiro de 2023, após quadro gripal, iniciou dor torácica pleurítica, tendo o ecocardiograma revelado derrame pericárdico moderado. Por ausência de resposta à colchicina e ibuprofeno, iniciou prednisolona 40mg/dia com sucesso clínico inicial. No entanto, desenvolveu corticod dependência, com múltiplas recidivas durante as tentativas de desmame. Como outros efeitos adversos da corticoterapia, desenvolveu diabetes mellitus induzida (HbA1c 9,2%), anorexia e flutuações ponderais marcadas.

Em 2024, o quadro evoluiu para pericardite constritiva com ascite volumosa e derrame pleural bilateral. A ressonância magnética cardíaca confirmou inflamação ativa e sinais de constrição. Foi proposto para pericardiectomia, tendo sido recusado. Perante a refratariedade e toxicidade dos corticoides, iniciou anakinra 100mg/dia em setembro de 2025. O doente atingiu estabilidade clínica e analítica, permitindo a suspensão total da prednisolona. Como efeitos adversos do anakinra, apresentou náuseas, anorexia e alterações da função hepática (Fosfatase Alcalina 605 UI/L e GGT 331 UI/L), compatíveis com o perfil de segurança do fármaco.

Discussão: Este caso evidencia que a corticoterapia, embora eficaz na fase aguda, é um fator de risco para a cronicidade e complicações metabólicas. A transição para o anakinra foi decisiva para o controlo da doença e para o desmame seguro de corticoides, mesmo num contexto de pericardite constritiva ativa. Este caso justifica-se pela complexidade na gestão da corticod dependência e na necessidade de introdução precoce de fármacos poupadores de corticoides em doente com múltiplas recorrências, assim como pela demonstração da eficácia de novas terapias dirigidas, como os inibidores da interleucina-1. É igualmente importante não esquecer a toxicidade hepática associada aos novos biológicos e a necessidade contínua de monitorização dos doentes.

PO 83

REALIDADE VIRTUAL COMO INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Cândida Silva; Rita Lencastre Monteiro;
Margarida Silva Cruz; Rui Fernandes; Álvaro José Silva;
Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: O controlo sintomático em cuidados paliativos exige uma abordagem multidimensional, incluindo estratégias não farmacológicas. A realidade virtual tem emergido como ferramenta terapêutica complementar, permitindo experiências imersivas que promovem melhoria sintomática. Estudos preliminares, em contexto paliativo, sugerem melhoria transitória de sintomas como humor, ansiedade e perceção de qualidade de vida, com boa tolerabilidade e baixo risco de efeitos adversos.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 73 anos, com adenocarcinoma do cólon com metastização hepática extensa, internada na sequência de descompensação clínica por falência hepática apresentava astenia, sofrimento existencial e redução da interação social. Após consentimento, foi proposta intervenção com recurso a dispositivo de realidade virtual, com seleção de experiências imersivas relacionadas com contacto com animais dada a especial afeição da doente. As sessões tiveram duração aproximada de 15 minutos, com vigilância clínica e sem efeitos adversos como náuseas, tonturas ou desorientação.

Durante as sessões, a doente demonstrou sorriso espontâneo e verbalizações positivas. Com consequente melhoria do humor mantendo maior interação com familiares nas horas subsequentes.

Discussão: Apesar da fraca evidência disponível, este caso ilustra o contributo da realidade virtual como ferramenta complementar em cuidados paliativos, particularmente na dimensão emocional do sofrimento. Em doentes com falência orgânica avançada e limitação funcional, a possibilidade de vivenciar experiências significativas e personalizadas pode promover momentos de alegria e conexão. Embora de efeito transitório, o impacto subjetivo positivo reforça a importância de integrar intervenções centradas na pessoa, valorizando aquilo que confere sentido e prazer mesmo em fases terminais da doença.

PO 84

SÍNDROME DE LÖFGREN A SIMULAR DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA – UM CASO DE SARCOIDOSE AGUDA

Pedro Alexandre Lopes; Jéssica Krowicki; Joana Melo;
Rita Figueira; Carolina Morgado; Ana Sofia Montez;
Mariana Sousa

ULS Região de Aveiro

Introdução: A Síndrome de Löfgren, uma manifestação aguda da sarcoidose que se caracteriza pela presença de febre, artrite, adenopatias hilares e eritema nodoso.

É mais comum em jovens mulheres, apresentando geralmente bom prognóstico.

Caso clínico: Mulher de 29 anos, recorreu ao SU por quadro de astenia, anorexia, perda ponderal, febre vespertina e sudorese noturna, artralhas de ritmo inflamatório dos tornozelos, joelhos e mãos, assim como tosse seca com 1 mês de evolução. Referia ainda lesões nodulares dolorosas nos tornozelos e pés, sugestivas de eritema nodoso (registadas fotograficamente), que surgiram 2 semanas antes da admissão e resolveram espontaneamente.

Analicamente apresentava anemia microcítica (já conhecida), ECA negativa, VS 90 mm/h, PCR 7.50 mg/dL, padrão eletroforético inflamatório policlonal, estudo auto-imune negativo e IGRA não reativo.

Do estudo exaustivo realizado, a PET revelou adenopatias hipermetabólicas supra e infradiaphragmáticas, principalmente cervicais e mediastínicas, levantando a suspeita de envolvimento neoplásico maligno de alto grau metabólico (doença linfoproliferativa), assim como densificações nodulares peri ou infracentimétricas dispersas pelo parênquima pulmonar. A TAC de tórax confirmou as adenopatias visualizadas em PET, mas apenas de localização supradiaphragmática. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que revelou um rácio de CD4/CD8 de 32.0. Posteriormente, foi efetuada biópsia excisional de gânglio cervical, cuja histologia confirmou a presença de linfadenite granulomatosa não necrotizante. Perante estes achados, confirmou-se o diagnóstico de sarcoidose, tendo como apresentação inicial a Síndrome de Löfgren.

Após ciclo de AINE, a doente apresentou resolução completa da sintomatologia, tendo tido alta para a consulta externa, onde se manteve assintomática.

Discussão: Este caso ilustra a importância da correlação clínico-radiológica na abordagem de adenopatias hipermetabólicas em doentes jovens. Apesar da suspeita de doença linfoproliferativa levantada pela PET, a presença de artrite, eritema nodoso e adenopatias hilares orientou para Síndrome de Löfgren, confirmada histologicamente. Reforça-se o caráter autolimitado e o bom prognóstico desta forma aguda de sarcoidose.

PO 85

ALÉM DO ESTETOSCÓPIO: POCUS NA AVALIAÇÃO DO DERRAME PLEURAL

Ana Maria Teodoro; Mariana Sá; Francisco Piçarra;
Inês Domingues; Tiago Judas; Catarina Santos
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: O derrame pleural (DP) é frequente na população idosa e frequentemente multifatorial, dificultando a identificação etiológica precoce. Em contexto de urgência, a rápida distinção entre causas prováveis de transudado e exsudado pode orientar a estratégia diagnóstica e terapêutica. A ecografia torácica (ET) à cabeceira tem ganho relevância na caracterização

morfológica do DP e na orientação de procedimentos invasivos.

Caso clínico: Sexo feminino, 87 anos, previamente autônoma, admitida por dispneia, ortopneia e edema dos membros inferiores com cinco dias de evolução. No Serviço de Urgência evoluiu para paragem respiratória em atividade elétrica sem pulso, revertida após suporte avançado de vida, com necessidade subsequente de ventilação não invasiva. A radiografia e tomografia computadorizada torácicas demonstraram DP bilateral volumoso, inicialmente interpretado como provável insuficiência cardíaca. Contudo, o valor de NT-proBNP (791 pg/mL) mostrou-se menos compatível com descompensação cardíaca isolada face à gravidade do quadro clínico. A ET à cabeceira identificou derrame complexo, com sinal da vértebra e sinal “jellyfish”, espessamento pleural superior a 3 mm e múltiplas septações condicionando loculações. Estes achados foram sugestivos de derrame exsudativo complexo, motivando toracocentese diagnóstica e evacuadora. A análise do líquido pleural confirmou exsudado com citologia positiva para células malignas. Observou-se elevação dos antígenos CA-125 (847 U/mL) e CA 15.3 (75,5 U/mL), posteriormente correlacionados com adenocarcinoma ginecológico de alto grau. O diagnóstico final foi neoplasia do ovário estadio IV com metastização pleural. Por recorrência bilateral do DP, a doente foi submetida a toracocenteses repetidas, drenagem torácica e pleurodeses bilaterais.

Discussão: Este caso ilustra o valor da ET na caracterização do DP, particularmente na identificação de características sugestivas de exsudado complexo. A ET supera a radiografia na deteção de septações e permite melhor planeamento e segurança na realização de procedimentos invasivos. A integração precoce da ET na avaliação do DP pode modificar a probabilidade etiológica pré-toracocentese e otimizar a abordagem diagnóstica e terapêutica.

PO 86

MITOTOXICIDADE POR DUPLO BLOQUEIO DE CHECKPOINT: DESAFIO DIAGNÓSTICO NO CARCINOMA HEPATOCELULAR

Inês Marques Da Silva; Marcel Guerreiro; Renata Martinho;
Marta Sousa; Vera Bernardino; Ana Catarina Rodrigues
ULS São José, Medicina Interna

Introdução: Os inibidores de checkpoint imunitário, como o durvalumab (anti-PD-L1) e o tremelimumab (anti-CTLA-4), transformaram o prognóstico do carcinoma hepatocelular (CHC) avançado. Contudo, a sua utilização pode associar-se a eventos adversos imunomediados (EAI). A miosite e a miocardite são EAI raros (<1%), mas com elevada morbilidade e mortalidade, surgindo frequentemente de forma precoce e em sobreposição, exigindo um elevado índice de suspeição clínica.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, com história médica

de CHC multicêntrico irressecável (estádio T3NxM0), associado a cirrose hepática por vírus da hepatite B. Iniciou imunoterapia combinada com durvalumab e tremelimumab.

Seis semanas após a primeira dose, inicia quadro de cansaço para pequenos esforços, dispneia e astenia. Recorreu ao Serviço de urgência, onde se Objetivou estase pulmonar, ascite sob tensão e edema dos membros inferiores, sugestivo de sobrecarga hídrica. Analiticamente, com elevação marcada das enzimas musculares e biomarcadores cardíacos: Creatina Quinase (CK) máxima de 2547 U/L [<170], mioglobina de 1788 ng/mL [25-58] e troponina T de 765 ng/L [<14]. Sem alterações isquêmicas no ECG e função biventricular preservada no ecocardiograma transtorácico. Foram excluídas causas infecciosas, autoimunes e paraneoplásicas.

Perante a suspeita de miosite com envolvimento miocárdico, iniciou prednisolona 0,5 mg/kg/dia, tendo-se verificado uma descida progressiva e sustentada das enzimas musculares. A Ressonância Magnética cardíaca ao 7.º dia de corticoterapia que não demonstrou inflamação ativa ou fibrose. A doente teve alta clinicamente estável, mantendo seguimento em Oncologia, com subsequente mudança de imunoterapia para inibidores da tirosina cinase.

Conclusão: Este caso ilustra o desafio diagnóstico de EAI em doentes com patologia crônica, onde a miosite pode mimetizar descompensações oncológicas. A miotoxicidade é impulsionada pelo bloqueio da via PD-1/PD-L1 (com expressão constitutiva no músculo), sendo significativamente potenciada pela ação precoce e sinérgica do anti-CTLA-4 na ativação linfocitária. O diagnóstico precoce e a monitorização da CK e troponina são cruciais, uma vez que a instituição célere de corticoterapia é determinante para a reversão do quadro e prevenção de complicações fatais.

PO 87

TUBERCULOSE DISSEMINADA: A GRANDE IMITADORA

João De Brito; Rita Pinto Fernandes;
Adriana Homem da Costa; Daniela Cruz;
Inês Fonseca Marques; Inês Pintassilgo
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A tuberculose permanece um desafio diagnóstico, sobretudo em doentes imunocomprometidos, mimetizando diversas patologias, nomeadamente neoplásicas e inflamatórias e sendo por isso conhecida como a “grande imitadora”. A apresentação multisistémica, a dificuldade na identificação laboratorial e a coexistência de comorbilidades graves contribuem para atrasos terapêuticos, com impacto prognóstico significativo.

Caso clínico: Mulher de 71 anos, com mieloma múltiplo IgG kappa sob lenalidomida e doença renal crónica terminal em hemodiálise, foi admitida por prostração, febre, diarreia abundante e dor abdominal com sete

dias de evolução. Apresentava hiperlactacidémia e marcadores inflamatórios elevados. A tomografia computadorizada abdominopélvica revelou pancolite, múltiplas lesões hepáticas, extensas adenopatias supra e infradiafragmáticas, derrame pleural bilateral e ascite. Foi assumida sépsis por colite infecciosa. A Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) para *Clostridioides difficile* foi positiva, com melhoria da diarreia após vancomicina oral. Manteve febre e derrame pleural recorrente linfocitário exsudativo, com exames microbiológicos e citológicos negativos. A biópsia ganglionar supraclavicular revelou PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, posteriormente confirmada em exame micobacteriológico de biópsia ganglionar retroperitoneal, com histologia compatível com linfadenite granulomatosa caseosa. Iniciou terapêutica antibacilar quádrupla, com melhoria clínica progressiva.

Discussão: Este caso evidencia a importância de uma elevada suspeição clínica para tuberculose, sendo a confirmação histológica e micobacteriológica determinantes para o diagnóstico definitivo. A existência de lesões hepáticas na tuberculose disseminada é marcadamente prevalente (50-80%), exigindo diagnóstico diferencial com outras etiologias, nomeadamente a neoplásica. A PCR permite uma rápida deteção de *M. tuberculosis*, contribuindo para o início precoce de terapêutica adequada.

PO 88

ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÂNEA SECUNDÁRIA A MONONUCLEOSE – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASCITE

Pedro Alexandre Lopes; Joana Melo; Rita Figueira;
Mariana Sousa
ULS Região de Aveiro

Introdução: A mononucleose infecciosa é uma infeção pelo vírus Epstein-Barr mais comum em adolescentes e jovens adultos, que se apresenta com febre, odinofagia (+/- exsudado amigdalino), adenopatias cervicais e por vezes hepatoesplenomegalia, com risco de rutura esplénica.

Caso clínico: Jovem de 18 anos, do sexo masculino, autónomo, recorre a SU por febre, dor abdominal ligeira (mas muito intensa no dia da vinda), vômitos e mal estar geral com uma semana de evolução, associado a odinofagia e dificuldade na ingestão, negando trauma. Teria recorrido ao SU em hospital privado 4 dias antes por queixas de odinofagia e febre, tendo sido medicado com Amoxicilina/Ácido Clavulânico. Referia uso de AINEs por odontalgia, por vezes de 4/4h, em seguimento em médico dentário particular. Ao exame Objetivo apresentava-se normotenso, normocárdico e febril, desidratado, com exsudado purulento amigdalino bilateral e dor abdominal difusa com defesa à palpação abdominal.

Analiticamente apresentava lesão hepática aguda de

predomínio hepatocelular (R- Factor 5.1; AST 279 U/L; ALT 395 U/L; FA 266 U/L; GGT 224 U/L), PCR 4.88 mg/dL, amilase e lipase no LSN.

Com principal suspeita de úlcera associada a AINEs com eventual ruptura, realizou TAC abdomino-pélvica a mostrar “Ascite livre peri-hepática, periesplénica, interansas e na escavação pélvica. Ausência de sinais de pneumoperitонеu ou de infecção intra-abdominal”. O caso foi discutido com a Medicina Interna dado os achados, que dado antecedentes de amigdalite aguda, lesão hepática e presença de linfócitos reativos no esfregaço de sangue periférico, sugeriu realização de teste de anticorpos heterófilos. Este veio positivo, reforçando a principal hipótese diagnóstica de mononucleose infecciosa, sendo o doente proposto para laparoscopia exploradora, que confirmou o diagnóstico de rotura esplénica espontânea, submetida a hemostase + colocação de dreno, com boa evolução.

Discussão: A rutura esplénica espontânea é rara, geralmente associada a patologia estrutural ou esplenomegalia secundária (infecciosa, neoplásica). Este caso salienta a importância da correlação entre a clínica e os achados laboratoriais e imagiológicos, onde uma descrição de ascite em TC, no contexto clínico certo, permitiu suspeitar de rutura esplénica e orientação célere de uma patologia *life-threatening*.

PO 89

DOENÇA DE WHIPPLE COM ENVOLVIMENTO PLEURAL: UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM

João De Brito; Rita Pinto Fernandes;
Adriana Homem da Costa; Francisco Vara Luiz;
Filipe Nogueira; Daniela Cruz; Jorge Costa; Ana Oliveira;
Inês Fonseca Marques; Inês Pintassilgo
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A doença de Whipple é uma infecção sistémica rara causada por *Tropheryma whipplei*, frequentemente subdiagnosticada pela apresentação clínica variável e insidiosa. Os sintomas mais frequentes são perda ponderal, artralgias, diarreia e dor abdominal. O envolvimento pleural é incomum e pode atrasar o diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 30 anos, previamente saudável, foi internado por quadro com dois meses de evolução de diarreia aquosa profusa, distensão abdominal, vômitos, anorexia, perda ponderal de 15Kg, edemas periféricos e hiperpigmentação. Referia artralgias de ritmo inflamatório migratórias há um ano, resolvidas meses antes do aparecimento do quadro gastrointestinal. Analiticamente apresentava anemia de estados inflamatórios e por défice de folato, hipoalbuminémia marcada e hiponatremia. A tomografia computadorizada revelou ascite volumosa, adenopatias mesentéricas, derrame pleural bilateral e pericárdico. A endoscopia digestiva evidenciou lesões esbranquiçadas punctiformes no duodeno e íleon. As biópsias do duodeno, íleon

e cólon revelaram infiltrado inflamatório histiocitário com positividade à coloração de Ácido Periódico de Schiff (PAS) e Reação em Cadeira de Polimerase (PCR) positiva para *T. whipplei*. A biópsia pleural apresentou alterações histológicas idênticas. Realizou ainda ecocardiograma, compatível com hipertensão pulmonar. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone, alterada após exclusão de envolvimento do sistema nervoso central para doxiciclina e hidroxicloroquina, com melhoria clínica e laboratorial.

Discussão: Este caso ilustra a natureza sistémica da doença de Whipple e a importância de considerar este diagnóstico perante diarreia crónica associada a manifestações extraintestinais como artrite, derrames serosos e hipertensão pulmonar. A descrição de aspetos histológicos típicos em biópsia pleural é rara, conferindo carácter excecional ao presente caso. O reconhecimento e tratamento precoces são determinantes para a resolução sintomática e prevenção de complicações potencialmente fatais.

PO 90

ESOFAGITE DISSECANTE NO PÊNFIGO VULGAR INDUZIDO POR IECA: IMPORTÂNCIA DA MEDICINA INTERNA

Ângela Pires Neto; Maria Fialho; Miguel Teixeira;
Rita Ribeirinho Duarte; Margarida Jacinto
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: O pênfigo vulgar é uma doença autoimune rara, com envolvimento cutâneo e mucoso variável. O acometimento gastrointestinal, incluindo esofagite dissecante, é incomum e pode ocorrer mesmo sem lesões cutâneas ativas. Etiologias iatrogénicas, como fármacos, são reconhecidas e a sua identificação é determinante para o controlo clínico.

Caso clínico: Mulher de 80 anos, seguida em Gastroenterologia, apresentou lesões bolhosas cutâneas e mucosas, disfagia progressiva, perda ponderal e hemorragia digestiva. Os sintomas surgiram após início de inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) em 2020. Endoscopias revelaram desnudamento difuso da mucosa esofágica, compatível com esofagite dissecante. Iniciou corticoterapia sistémica e azatioprina, com resposta parcial. A avaliação em Medicina Interna/Doenças Autoimunes sugeriu pênfigo vulgar induzido por IECA, levando à suspensão do fármaco. Após interrupção, observou-se melhoria clínica franca: resolução da disfagia, recuperação ponderal e possibilidade de desmame gradual da imunossupressão.

Discussão: O caso evidencia acometimento gastrointestinal tardio do pênfigo vulgar sob imunossupressão e limitação dos marcadores séricos quando avaliados tardiamente. A abordagem integradora pela Medicina Interna permitiu identificar um fator etiológico modificável, otimizar o controlo da doença e reduzir a necessidade de imunossupressão prolongada.

PO 91

DA HIPOCALIEMIA GRAVE AO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE CONN: CASO CLÍNICO

Ana Cristina Costa; Beatriz Branco Mendes; António Inácio; Francisca Fonseca; Elsa Fonseca; Jennifer Conceição; Ana Farinha; Ana Branco; Karina Soto

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

O hiperaldosteronismo primário é uma causa potencialmente curável de hipertensão arterial secundária, frequentemente subdiagnosticada. A sua identificação precoce é fundamental para prevenir complicações cardiovasculares e renais.

Homem de 50 anos, melanodérmico, autónomo. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral isquémico (setembro 2021), enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, tromboembolismo pulmonar, síndrome de apneia obstrutiva do sono grave, pneumonia nosocomial e episódio prévio de hipocaliemia sem causa identificada. Admitido no serviço de urgência por câibras musculares. Analiticamente apresentava hipocaliemia grave (K^+ 1,7 mmol/L) e alcalose metabólica. Ao exame Objetivo elevação da tensão arterial, mas sem outras alterações relevantes. O doente foi internado para estudo e posteriormente transferido para o Serviço de Nefrologia para investigação da hipocaliemia. O estudo revelou: aldosterona sérica >800 (elevada), renina suprimida, aldosterona urinária aumentada, com metanefrinas séricas e urinárias, catecolaminas totais, noradrenalina, adrenalina e dopamina dentro dos valores de referência. A tomografia computadorizada abdominal do estudo prévio não evidenciava alterações das glândulas suprarrenais. Realizou posteriormente ressonância magnética abdominal e pélvica que demonstrou uma formação nodular de 15 mm na suprarrenal direita e espessamento nodular de 7 mm na suprarrenal esquerda, ambos de natureza indeterminada. Perante os achados laboratoriais e imagiológicos, estabeleceu-se o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário (Síndrome de Conn) secundário a adenoma funcionante da suprarrenal direita (18 mm), responsável pela hipocaliemia grave e pela hipertensão arterial secundária. O doente foi encaminhado para consulta externa de Nefrologia, onde mantém seguimento regular, e aguarda consulta de cirurgia endócrina.

Este caso ilustra a importância da investigação sistémica da hipocaliemia associada a hipertensão arterial. O diagnóstico precoce de hiperaldosteronismo primário permite uma abordagem terapêutica dirigida, com potencial de cura cirúrgica e melhoria significativa do prognóstico cardiovascular.

PO 92

AS DOENÇAS SÓ EXISTEM SE PENSARMOS NELAS

Inês Barbosa; Isabel Rodrigues; Elena Rios; Catarina Mendonça
ULS Algarve > Hospital Faro > Serviço Medicina Interna I

A prática clínica contemporânea confronta-nos frequentemente com o desafio do doente complexo, o que exige uma marcha diagnóstica resiliente e minuciosa. Este caso ilustra a necessidade de manter o espírito crítico perante achados isolados, que, embora clinicamente relevantes, podem não esgotar a explicação do quadro sistémico. Sem uma suspeição diagnóstica ativa, o diagnóstico final pode manter-se inalcançado sob a premência de sintomas inespecíficos.

O doente, um homem de 73 anos, independente, ex-futebolista profissional e com passado epidemiológico em Angola e Cabo Verde, recorreu aos serviços de saúde por um quadro de hipotensão, lipotímia e anemia grave com hemoglobina de 6.3. Referia astenia, anorexia, palidez e cansaço com dois meses de evolução, além de uma perda ponderal de 8kg em seis meses e diarreia persistente. Notava-se ainda alguma lentificação mental e discurso pouco fluído. O seu historial clínico era denso, incluindo infeções urinárias de repetição, artrite reumatoide seronegativa, polimialgia reumática resistente à prednisolona, paludismo e doença renal crónica.

À admissão, a presença de adenopatias inguinais e cervicais de grandes dimensões motivou o internamento para estudo de provável neoplasia oculta. A marcha diagnóstica revelou-se um percurso de «camadas», onde cada achado exigiu uma decisão ponderada. Inicialmente, detetou-se positividade para sífilis e, após o surgimento de um síndrome febril, um teste IGRA positivo para tuberculose latente. Contudo, o ponto de viragem foi o achado analítico de hipercalcemia. Perante uma paratormona aumentada, a investigação focou-se no foro endócrino, culminando no diagnóstico de doença multiglandular parotíroidea através de ecografia.

Ao fim de um exaustivo internamento de 32 dias, o estudo do síndrome constitucional apontou para múltiplas patologias de diversos foros. Este caso reforça que a exaustão diagnóstica é necessária quando os sintomas são multifatoriais. A marcha diagnóstica não é uma linha reta, mas sim um processo iterativo. A coexistência de diversas patologias é possível, e é fundamental não assentar em explicações parciais, visando sempre uma avaliação multissistémica dos doentes de elevada complexidade.

PO 93

SERÁ “Q” É?

Inês Barbosa; Isabel Rodrigues; Elena Rios; Catarina Mendonça
ULS Algarve- Faro

A marcha diagnóstica de febre de origem indeterminada constitui um dos maiores desafios para o internista, exigindo uma anamnese detalhada e um apoio

laboratorial rigoroso. A exclusão gradual de hipóteses diagnósticas até se alcançar a etiologia final é um dos pilares fundamentais da Medicina Interna.

O caso clínico descreve um homem de 34 anos, cozinheiro numa instituição de saúde, sem antecedentes pessoais conhecidos. O paciente recorreu ao Serviço de Urgência com um quadro de febre alta (39°C), dor abdominal, cefaleias e mialgias. Inicialmente diagnosticado com síndrome gripal, o quadro evoluiu para um padrão de febre noturna ao longo de sete dias, sem resposta satisfatória aos tratamentos iniciais. No exame Objetivo, detetou-se uma adenopatia inguinal de 1 cm, móvel e indolor. A investigação imagiológica por TC abdominopélvica revelou múltiplas adenopatias mediastínicas, retroperitoneais e mesorretais, além de edema periaórtico e mesentérico. Perante estes achados, o doente foi internado com uma suspeita muito ativa de doença linfoproliferativa.

Durante o internamento de 13 dias, realizaram-se exaustivas pesquisas etiológicas, incluindo culturas, painéis virais e serologias, sob antibioterapia empírica. Aprofundou-se a história clínica, mas o doente negava os fatores de risco epidemiológicos clássicos: não tinha animais de estimação, não realizara viagens recentes, residia em meio urbano e não consumia alimentos crus ou não pasteurizados. Devido à gravidade dos sintomas e à idade jovem do paciente, avançou-se para a realização de PET e biópsia ganglionar através da Cirurgia Geral. Ao quarto dia, as serologias revelaram positividade para *Coxiella burnetii*, sendo a terapêutica ajustada para doxiciclina.

Mesmo com a identificação da Febre Q, a equipa decidiu manter a investigação para neoplasia oculta, dado o risco de morbimortalidade associado às adenopatias extensas detetadas. O estudo confirmou-se negativo para doença linfoproliferativa. Este caso reforça a importância de considerar a febre Q no diagnóstico diferencial de linfadenopatias, mesmo em contextos urbanos sem exposição óbvia. A resolução clínica com a instituição de tetraciclina sublinha a necessidade de um equilíbrio entre a semiologia detalhada e o uso racional de exames complementares em doentes complexos.

PO 94

NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA INDUZIDA POR ALOPURINOL: UM CASO CLÍNICO

Daria Bem; Margarida Paixão Ferreira; Pedro Fortes; Pedro Costa

Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a necrólise epidérmica tóxica (NET) constituem reações mucocutâneas graves, geralmente induzidas por fármacos, associadas a elevada morbidade e mortalidade. O alopurinol é uma das causas mais frequentemente implicadas.

Caso clínico: Homem de 55 anos, com múltiplas co-

morbilidades cardiovasculares, DPOC, doença renal crónica e hepatopatia alcoólica, medicado recentemente com metolazona e iniciado alopurinol há 3 semanas. Recorreu ao SU por erupção cutânea generalizada, edema facial, conjuntivite purulenta e disfagia com 3 semanas de evolução. Ao exame apresentava edema palpebral com ectrópio, exsudado ocular bilateral, queilite angular, lesões aftosas orais e extensa descamação cutânea envolvendo >80% da superfície corporal, algumas com sinais de necrose. Analiticamente destacava-se leucocitose sem eosinofilia e elevação das enzimas hepáticas. Foi observado por Oftalmologia, com indicação para cloranfenicol lúpico e lubrificante ocular. Considerou-se NET induzida por alopurinol, tendo o doente sido transferido para centro especializado (Unidade de Queimados). Doente teve evolução desfavorável, com choque séptico refratário com falência multiorgânica a medidas de suporte de órgão e antibiótico de largo espectro, culminando no óbito.

Discussão: Este caso ilustra uma reação mucocutânea grave induzida por alopurinol, fármaco de risco conhecido, com envolvimento cutâneo extenso e ocular. Destaca-se a importância da vigilância nas primeiras semanas após introdução de fármacos de risco.

PO 95

CALCINOSE CUTÂNEA EXUBERANTE EM ESCLEROSE SISTÉMICA CUTÂNEA LIMITADA (SÍNDROME CREST)

Ana Cristina Costa; Carolina Assunção; Leonel Pereira; Andreia Gravata; Letícia Naben; Mónica Côrte-Real; Carolina Robalo; Miguel Rodrigues; António Pessoa; Ana Reis; Daniela Brigas; Cristina Lopes; Eugénio Dias; Susana Marques

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

A esclerose sistémica cutânea limitada (síndrome CREST) caracteriza-se por vasculopatia, fibrose cutânea e potencial envolvimento multiorgânico, sendo a calcinose cutânea uma manifestação frequente que pode anteceder em vários anos o diagnóstico formal. A presença de fenómeno de Raynaud, úlceras digitais e anticorpos anti-centrómero, associa-se a maior risco de vasculopatia periférica e eventos isquémicos digitais.

Descreve-se o caso de uma mulher de 40 anos, fumadora (22 UMA), previamente saudável, referenciada à Consulta por múltiplas tumefações cutâneas duras, disseminadas, com agravamento no último ano. A anamnese revelou nódulos subcutâneos há 6–7 anos, com erupções cutâneas recorrentes e perda ponderal significativa, não valorizadas. Em contexto pré-operatório de cirurgia a varizes, foi realizada uma biópsia cutânea que documentou calcinose cutânea. Ao exame Objetivo observavam-se alopecia cicatricial extensa, “puffy fingers”, nódulos calcificados nos membros superiores, alguns ulcerados com inflamação perilesional, estrias abdominais e nas coxas, nódulos nas

regiões glútea e das ancas, úlceras digitais, erosão da falange distal do 2.º dedo da mão esquerda, e amputação distal da falange do 2.º dedo da mão direita compatíveis com vasculopatia periférica e isquemia digital de repetição. Referia fenômeno de Raynaud típico, desencadeado pelo frio.

O estudo imunológico mostrou anticorpos anti-centrômero (>240U/mL) e ANA 1:640, padrão anticentrômero (ICAP AC-3), compatíveis com esclerose sistêmica cutânea limitada. Foram solicitadas TC torácica de alta resolução, capilaroscopia periungueal e ecocardiograma transtorácico para avaliação de envolvimento pulmonar, microangiopatia e repercussão cardíaca. Instituiu-se metotrexato subcutâneo (10–15 mg/semana) com ácido fólico. Em termos de evolução houve controle do fenômeno de Raynaud e manutenção de calcinose do antebraço.

Este caso evidencia uma forma exuberante de calcinose cutânea de longa evolução, precedendo em vários anos o diagnóstico de CREST, sublinhando a importância de reconhecer precocemente nódulos subcutâneos e úlceras digitais recorrentes em doentes com Raynaud e anticorpos anti-centrômero, de modo a permitir intervenção precoce e redução do risco de complicações isquêmicas irreversíveis.

PO 96

NEM TUDO O QUE É AVC É NEUROLÓGICO: ENDOCARDITE INFECCIOSA COMO DIAGNÓSTICO OCULTO

Rodrigo Morgado; Beatriz Domingos; Ana Santos E Silva; Josiana Duarte; Henrique Domingos; Maria Luísa Alvarenga
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A Endocardite Infecciosa (EI) é uma infecção do endocárdio com elevada morbimortalidade, sobretudo quando o diagnóstico é tardio. As manifestações neurológicas (20-50%), resultantes de fenômenos embólicos sépticos, podem ser a apresentação inicial e atrasar o reconhecimento da doença. A suspeita deve ser reforçada em doentes com fatores de risco, como imunossupressão ou dispositivos intravasculares.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, com neoplasia da mama sob quimioterapia por cateter venoso central totalmente implantado (CTI), suspensa após o 4.º ciclo por agravamento clínico e perda de autonomia. Ressonância magnética prévia mostrava múltiplas lesões isquêmicas agudas e crônicas em vários territórios. Três semanas depois recorreu ao SU por déficit neurológico súbito (disartria, hemianópsia homônima esquerda e hemiparesia esquerda). Ao exame Objetivo destacou-se um sopro mitral “de novo”. Tinha história de dois episódios de febre sem foco, tratados em ambulatório sem resolução. AngioTC crânio-encefálica sem oclusão de grande vaso. TC toracoabdominal revelou consolidações pulmonares e enfartes esplênicos. Laboratorialmente apresentava leucocitose e PCR 25 mg/dL.

Ecografia à cabeceira mostrou volumosa vegetação no folheto posterior da válvula mitral (2x1,5 cm). Hemoculturas isolaram MRSA, iniciando-se vancomicina e ceftriaxone. Assumindo o CTI como foco provável, discutiu-se a sua remoção. Com dois critérios maior de Duke estabeleceu-se diagnóstico definitivo de EI.

Discussão: Este caso demonstra que a presença de febre sem foco e lesões isquêmicas multifocais deve motivar uma investigação etiológica dirigida, ilustrando como a fragmentação dos episódios clínicos pode atrasar o diagnóstico de EI. Reforça ainda que nem todos os acidentes vasculares isquêmicos são primariamente neurológicos, devendo considerar-se etiologia cardioembólica infecciosa perante lesões em múltiplos territórios. Destaca-se o papel da ecografia à cabeceira na orientação precoce, essencial para prevenir novas complicações embólicas e melhorar o prognóstico.

PO 97

HIPOTENSÃO PERSISTENTE E DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS: PENSAR ALÉM DO ÓBVIO

Rodrigo Morgado; Beatriz Domingos; Ana Santos E Silva; Josiana Duarte; Henrique Domingos; José Braz
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A insuficiência suprarrenal primária (ISP) é uma entidade rara, mas potencialmente fatal quando se manifesta sob a forma de crise addisoniana. O reconhecimento precoce em contexto de urgência é determinante, sobretudo em doentes com patologia autoimune associada, nos quais o risco é superior e a apresentação pode ser insidiosa.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes de artrite reumatoide e hipotireoidismo, recorre ao serviço de urgência por síncope. Referia cansaço progressivo com cerca de um ano de evolução, perda ponderal de 13 kg, anorexia, polidipsia e alterações da memória após infecção por Influenza A. À admissão apresentava hipotensão (96/55 mmHg), taquicardia e hiperpigmentação cutânea. Analiticamente destacava-se hiponatremia grave (120 mmol/L) e hipercaliemia (6,7 mmol/L); ACTH previamente documentada >1250 pg/mL. TC abdômino-pélvica sem alterações das suprarrenais. RM cranioencefálica revelou hipófise de pequenas dimensões, sem lesões estruturais. Internada por suspeita de crise addisoniana, iniciou hidrocortisona endovenosa, com rápida estabilização hemodinâmica e correção hidroeletrólítica. Após desmame progressivo para doses de substituição (<30 mg/dia), foi programada introdução de fludrocortisona 0,1 mg/dia, de acordo com a redução do efeito mineralocorticoide da hidrocortisona em doses fisiológicas. À data de submissão, aguardava resultado de anticorpos anti-21-hidroxilase.

Discussão: A evolução prolongada e inespecífica dos sintomas contribuiu para atraso diagnóstico, ilustrando como a ISP pode mimetizar quadros depressivos, sín-

dromes constitucionais ou fragilidade associada à idade. Neste caso, a associação de hipotensão, hiponatremia, hipercaliemia e hiperpigmentação, aliada a ACTH marcadamente elevada, foi altamente sugestiva de ISP. A etiologia autoimune é a mais provável, tendo em conta o contexto de autoimunidade prévia, sugerindo síndrome poliglandular autoimune tipo 2. Este caso reforça a importância de manter elevada suspeita diagnóstica perante alterações hidroeletrólíticas inexplicadas e instabilidade hemodinâmica, permitindo terapêutica atempada e prevenção de desfechos potencialmente fatais.

PO 98

MUITO ALÉM DE UMA FEBRE PERSISTENTE

Margarida Sousa Ornelas; Isabel De Araújo; João Loja; Diogo Raposo André; Rafael Nascimento; João Miguel Freitas
SESARAM

Introdução: A infecção periprotética articular (IPA) é uma complicação rara mas potencialmente fatal. O diagnóstico é especialmente desafiante no doente idoso com internamento prolongado, onde a coexistência de múltiplos focos infecciosos atrasam o diagnóstico.

Caso: Mulher, 89 anos, dependente nas atividades de vida diária, antecedentes de hipertensão arterial, doença renal crónica, adenocarcinoma do reto e prótese total da anca direita. Admitida por diarreia persistente com desidratação e alterações à auscultação pulmonar. A radiografia torácica evidenciou infiltrados heterogêneos, sendo internada por pneumonia adquirida na comunidade sob antibióterapia empírica. Duas semanas após a admissão desenvolveu hipoxemia e hipocapnia com elevação dos D-dímeros, excluído tromboembolismo pulmonar. Por agravamento de parâmetros inflamatórios realizou rastreio séptico que demonstrou bacteriemia a *Escherichia Coli* e o painel respiratório *multiplex* identificou *Haemophilus Influenzae*. Posteriormente, apresentou anemia marcada de 5,7g/dL com necessidade de transfusão. Apesar da terapêutica dirigida, manteve febre recorrente pelo que foi decidido realizar uma tomografia computadorizada que revelou luxação dos componentes protésicos da anca com marcada distensão dos planos articulares coxofemorais e volumosa coleção anterior, levando a suspeita de IPA, sendo transferida para Ortopedia.

Discussão: Este caso demonstra como a sobreposição de intercorrências infecciosas pode dificultar um diagnóstico importante. A bacteriemia por gram-negativos constitui um fator de risco para infeção de dispositivos protésicos por disseminação hematogénica, aspeto frequentemente subestimado. A febre que persiste ou recorre apesar de terapêutica dirigida não deve ser interpretada como falha terapêutica, esta deve obrigar a uma reavaliação estruturada. É neste contexto que se afirma o papel central da Medicina Interna, a capacidade de integrar a complexidade clínica e de investigar o doente como um todo.

PO 99

MIELOMA MÚLTIPLO

Dr. Walter Esteves

Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

O Mieloma múltiplo é uma neoplasia caracterizada pela proliferação de plasmócitos clonais na medula óssea e produção de imunoglobulina monoclonal, resultando em dano de órgão alvo. A lombalgia é um sintoma frequente, mas a sua persistência exige uma investigação exaustiva.

Doente masculino de 66 anos, com antecedente pessoal de meningioma operado, admitido por lombossalgia progressiva com 6 meses de evolução e perda ponderal superior a 10%.

Analiticamente, apresentava anemia normocítica normocrômica (hemoglobina: 9.9g/dL) e velocidade de sedimentação 2 mm/h.

A Ressonância magnética nuclear da coluna revelou lesão lítica expansiva em S1 com moldagem do saco tecal e edema ósseo em D12.

A investigação dirigida revelou pico monoclonal na região gama, elevação da γ 2-microglobulina, proteinúria de Bence-Jones positiva (tipo kappa) e rácio de cadeias leves livres kappa/lambda de 373 (Kappa: 1233 mg/L).

Foi submetido a cifoplastia de L1, cuja histologia óssea confirmou a infiltração por plasmócitos. A tomografia por emissão de positrões acoplada à tomografia computadorizada revelou múltiplos focos hipermetabólicos (manúbrio esternal, arcos costais, coluna, sacro e fêmures), confirmando o envolvimento sistémico. Este caso destaca a importância da valorização de sintomas constitucionais e dor crónica refratária. Apesar da velocidade de sedimentação inicialmente baixa. A clínica é soberana e os exames de imagem avançados foram cruciais. A rápida intervenção com cifoplastia permitiu o controlo algico e a obtenção de material para confirmação diagnóstica. O diagnóstico de mieloma múltiplo exige um elevado índice de suspeita na Medicina Interna. A abordagem multidisciplinar e a utilização precoce de eletroforese e cadeias leves livres são fundamentais para evitar o atraso diagnóstico e a morbilidade associada às lesões esqueléticas.

PO 100

NEM TUDO O QUE EMAGRECE É CANCRO

Beatriz Marques Correia; Mariana Gaspar; Maria Rebelo; Nathalie Duarte; Jay Bagoandas; Ana Luísa Tenreiro; Cristina Santos; Ricardo Mendes

ULS S. José

Introdução: A perda ponderal em doentes com patologia autoimune sob imunossupressão apresenta um desafio diagnóstico, sendo comumente associada a neoplasias ou infeções atípicas. No entanto, estes doentes apresentam maior risco de desenvolver ou-

tras patologias autoimunes ou autoinflamatórias. Apresentamos um caso de sarcoidose, cujo diagnóstico foi dificultado pela presença de espondilartropatia, evidenciando preconceitos diagnósticos, e uma possível relação etiopatogénica.

Caso clínico: Sexo masculino, 71 anos, com antecedente relevante de espondilartropatia axial sob terapêutica com adalimumab desde 2018. Em 2024 inicia perda ponderal involuntária cujo estudo revelou hiper-gamaglobulinemia, aumento da lactato desidrogenase e da β 2-microglobulina, bem como sinais de hipertensão portal; realizou biópsia óssea e medulograma que revelaram hiperplasia medular com granulomas epitelioides não necrosantes, sem infecção ativa. Sem sinais de neoplasia em tomografia computadorizada abdominopélvica. Por manutenção do quadro, é internado em 2025. Foram excluídas infecções crônicas granulomatosas (tuberculose, borreliose e bartonelose), vírus da imunodeficiência humana, vasculites medidas por anticorpos anticitoplasma dos neutrófilos e síndrome de *Goodpasture*. Do estudo analítico, a destacar hipercalcemia e hipovitaminose D. A biópsia hepática revelou hepatite granulomatosa inespecífica. Considerando todos os achados foi feito o diagnóstico de sarcoidose, tendo iniciado corticoterapia com resolução das queixas.

Discussão: A associação entre espondilartropatia e sarcoidose tem sido progressivamente reconhecida, sobretudo após a introdução de terapêuticas anti-fator necrose tumoral α (que pode induzir sarcoidose paradoxal), postulando-se também uma etiopatogenia comum. Assim, a sarcoidose deve apresentar-se como um diagnóstico diferencial relevante em doentes com espondilartropatia (independentemente do seu status terapêutico anti-TNF α).

PO 101

DOENÇA DE CASTLEMAN E A IMPORTÂNCIA DA ARQUITETURA AMOSTRAL

João Barbosa Barroso; Claudia Abreu de Jesus; Pedro Brito Guerreiro; Carolina Gomes; Desireé Farinha; Andreia Machado Ribeiro

Hospital de Vila Franca de Xira

A escolha de material histológico e método de obtenção do mesmo é de extrema importância para o diagnóstico de neoplasias hematológicas. Neste particular grupo de doenças, a correta caracterização histológica implica, frequentemente, a preservação da arquitetura tecidual da amostra obtida, sendo a biópsia excisional a mais indicada para o efeito.

Doente com 55 anos de idade, seguida em consulta de medicina interna por infecção VIH com bom controlo farmacológico, apresenta anemia de estabelecimento paulatino associada a adenopatias em todas as cadeias ganglionares. Foi realizada citologia aspirativa com agulha fina de adenopatia cervical verificando-

-se, apenas em uma amostra sinais compatíveis com doença linfoproliferativa tipo B, mas sem capacidade de maior caracterização histológica.

Posteriormente, doente recorreu ao serviço de urgência com queixas de dispneia, dor pleurítica e tosse não produtiva com 2 semanas de evolução. Analiticamente mantinha anemia, com aumento do valor de PCR. TC-torácica revelou micronódulos dispersos e padrão miliar com possível hipótese de tuberculose pulmonar que foi excluída mediante ausência de observação direta de bacilos álcool-acido resistentes (B.A.A.R), negatividade para PCR de bacilo de Koch no lavado broncoalveolar e ausência de crescimento de agente em meio cultural. Assumiu-se diagnóstico de pneumonia bacteriana tendo cumprido terapêutica com amoxicilina e ácido clavulânico com melhoria das queixas respiratórias.

Para aprofundar estudo de doença hematológica de base, foi realizada biópsia excisional de adenopatia cervical que mostrou: gânglio linfático com folículos permeados por vasos de parede hialinizada, alguns com centros germinativos de aspecto regressivo e expansão da zona do manto, aumento do número de plasmócitos paracorticais e escassos plasmablastos na zona do manto (HHV8+), achados compatíveis com doença de Castleman multicêntrica.

Doente foi referenciada a consulta de hematologia onde foi iniciada terapêutica com rituximab com melhoria clínica subsequente

Na presença de poliadenopatia e suspeita de doença hematológica é importante ter em conta que a preservação da arquitetura histológica da amostra é essencial para a o diagnóstico e correta caracterização da doença

PO 102

MIASTENIA GRAVIS: O DESAFIO DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E DOS “RUIDOS” IMAGIOLÓGICOS

Sara Alves Moraes; Vera Lúcia Ferreira Luís; Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A Miastenia Gravis (MG) pode mimetizar diversas neuropatias cranianas. O diagnóstico é frequentemente dificultado por achados imagiológicos incidentais ou marcadores serológicos inespecíficos que mimetizam patologias do sistema nervoso central ou doenças sistémicas como a sarcoidose.

Caso clínico: Homem de 22 anos, melanodérmico, sem antecedentes. Admitido por diplopia e ptose palpebral esquerda com 7 dias de evolução. No exame Objetivo apresentava parésia do 3º par craniano esquerdo sem envolvimento pupilar. Procedeu-se à marcha diagnóstica, sem alterações analíticas, sendo de salientar apenas a elevação da enzima conversora de angiotensina no liquor (ECA: 63 UI/L), a ressonância magnética nuclear revelou ectopia das amígdalas cerebelosas (Malformação de Chiari tipo I) colocando como diag-

nósticos diferenciais patologia compressiva vs neuro-sarcoidose. Em ambulatório evoluiu com agravamento sintomático referindo flutuação diária, fadiga, ptose bilateral e parésia de múltiplos movimentos oculares, que levantou a suspeita de MG. Foi encaminhado para consulta de Neurologia onde iniciou prova terapêutica com piridostigmina com melhoria franca dos sintomas. O estudo complementar confirmou anti-AChR positivos e a eletromiografia *Single-fiber* revelou-se compatível com disfunção da placa neuromuscular, confirmando o diagnóstico final de Miastenia Gravis, encontrando-se atualmente assintomático sob piridostigmina e corticoterapia.

Discussão: O caso destaca a importância da anamnese focada na caracterização exaustiva dos sintomas. A presença de Malformação de Chiari foi um achado incidental sem relevância no quadro atual, merecendo no entanto, manter *follow-up*. O sucesso diagnóstico dependeu essencialmente do seguimento com reavaliação clínica multidisciplinar, e posteriormente da resposta terapêutica, reforçando que a MG deve ser considerada em qualquer quadro de oftalmoplegia indolor, independentemente de achados imagiológicos coexistentes.

PO 103

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA E SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICA

Sara Alves Moraes; Vera Lúcia Ferreira Luís; Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A Síndrome de Ativação Macrofágica (Sam), síndrome inflamatória aguda e grave, idiopática ou secundária a infecções, doenças reumáticas, neoplasias ou fármacos. O diagnóstico é desafiante quando surge como manifestação inaugural. É sub-diagnosticada, sendo frequentemente confundida com sépsis, efeitos adversos de fármacos ou agravamento dos sintomas de doenças reumatológicas ou infecciosas em evolução. Devido ao diagnóstico tardio, pode evoluir de forma letal.

Caso clínico: Homem de 44 anos, melanodérmico. Admitido por febre com 1 mês de evolução, cefaleia, adenopatias generalizadas e neuropatia sensitiva distal dos membros inferiores. Na marcha diagnóstica extensa em internamento prolongado, excluíram-se causas infecciosas e neoplásicas. Analiticamente destacam-se: pancitopenia, elevação da VS (73 mm), Triglicéridos 260 mg/dL, AST 164 U/L, hipergamaglobulinemia policlonal, ANA's positivos (1:2560) com anticorpos anti-RNP, anti-Sm e anti-SSA positivos, sugerindo Lúpus Eritematoso Sistêmico ou Doença Mista do Tecido Conjuntivo como diagnósticos diferenciais, tendo apresentado melhoria sintomática transitória após início de corticoterapia, enquanto aguardava consulta de Reumatologia. Posteriormente teve rápida evolução desfavorável com falência

multiorgânica, pancitopenia grave, aumento da ferritina até 23.839 ng/mL, preenchendo critérios de SAM. Foi internado em unidade de cuidados intensivos com apoio de Reumatologia, onde iniciou Anakinra e pulsos de corticoide, com excelente resposta. Iniciou posteriormente Rituximab e Azatioprina, mantendo atualmente estabilidade clínica e analítica.

Discussão: Este caso salienta a importância de considerar etiologias autoimunes em quadros de febre de origem indeterminada com envolvimento multissistêmico, e instituição terapêutica precoce. A SAM, embora rara, impõe uma vigilância apertada prévia ao início do tratamento com biológicos. O sucesso terapêutico deveu-se a abordagem multidisciplinar na fase crítica, permitindo o controlo de uma patologia sistêmica complexa que pode revelar-se fatal.

PO 104

DOENÇA HEPÁTICA COM EXPRESSÃO RENAL

Carla Dias Amaral; Filipe Gonçalves; Laura Castro; Helena Sarmento; Glória Alves; Gabriela Pereira
ULSAAVE

Introdução: A infeção por vírus da hepatite B (VHB) representa um problema de saúde pública pela facilidade de transmissão e pela possibilidade de infeção assintomática. Das manifestações associadas, as extra-hepáticas são as menos comuns. No caso da glomerulonefrite, esta ocorre por deposição de complexos imunes.

Caso clínico: Mulher, 53 anos, encaminhada para a consulta de Medicina Interna por edemas dos membros inferiores e proteinúria. Numa primeira avaliação analítica hospitalar verifica-se uma proteinúria e 5595 mg/24h, dislipidemia com colesterol total de 435 mg/dl; albumina: 2,5 g/dl, creatinina 0,52 mg/dl e não apresenta alterações no sedimento urinário. Fica medicada com irbesartan, furosemina e atorvastatina.

É internada para realização de biópsia renal. Analiticamente com albumina: 1,9 g/dl, pelo que inicia hipocoagulação. Do estudo analítico em curso, a destacar: AntiPLA2R: negativo, AntiHBs: 647,33 mUI/ml; HBsAg: 538,96 KUA/L; AntiHBC: 8,19 KUA/L; AntiHBE: 0,002 KUA/L, com carga viral VHB: 556 UI/ml. Não apresentou lesão renal, défice de imunoglobulinas ou de complemento. Sem alterações do estudo autoimune.

A histologia da biópsia renal é sugestiva de glomerulonefrite membranosa. É iniciada terapêutica dirigida com entecavir e prossegue estudo para exclusão de causa mitótica. Deste estudo com tomografia computadorizada de tórax, abdómen e pélvis; estudos endoscópicos e ecografias cervicais, da tireoide e mamas, nenhuma outra causa foi encontrada. Não foi realizada citologia cervico-vaginal por antecedentes de histerectomia total devida a patologia benigna.

Cerca de 2 anos após o diagnóstico inicial, sem nunca ter realizado imunossupressão, a doente apresenta carga viral VHB indetetável, proteinúria: 421 mg/24h e

uma franca melhoria clínica com edemas regredidos.
Discussão: Este caso é interessante por se tratar de uma manifestação inicial extra-hepática da infecção por VBH, que é pouco comum e que nos ilustra a possibilidade de atingimento sistêmico significativo desta patologia com tropismo hepático.

PO 105

QUANDO NEM TUDO É PNEUMONIA: FIBROSE PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE VASCULITE

Beatriz Domingos; Ana Santos E Silva; Henrique Rita;
Rodrigo Morgado; Cláudia Ribeiro; José Nuno Braz
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Introdução: A fibrose pulmonar é uma doença crónica que resulta do dano alveolar com desorganização arquitetónica do parênquima pulmonar. São vários os fatores etiológicos conhecidos. Os anticorpos ANCA, especialmente os MPO-ANCA, estão a ser cada vez mais identificados em doentes com fibrose pulmonar. Bronquiectasias, pneumonias organizadas ou intersticiais são provavelmente diferentes formas de apresentação e refletem o dano causado nos pulmões nas diferentes fases da doença.

Caso clínico: Doente de 77 anos, sexo feminino, apresenta-se no serviço de urgência com dispneia, broncoespasmo e cansaço fácil após ter cumprido em ambulatório antibiótico por pneumonia diagnosticada 2 semanas antes. Analiticamente, apresentava leucocitose (16700/uL; 14400/uL neutrófilos) e PCR 11.05 mg/dL. A TC tórax revelou espessamento septal, bronquiectasias de tração e áreas com padrão favo de mel e em vidro despolido. Do estudo realizado em internamento, destaca-se broncofibroscopia com traqueomalácia e lavado broncoalveolar negativo para estudo microbiológico e com população linfocitária T de 89.08%, anatomopatologicamente com infiltrado intersticial e com ANCA (MPO) e ANA positivos. Tendo em conta as alterações imagiológicas, o estudo analítico e a ausência de exposição a fatores de risco, diagnosticou-se fibrose pulmonar associada a vasculite. Iniciou corticoterapia, com resolução da insuficiência respiratória e da astenia.

Discussão: A apresentação clínica respiratória inespecífica deste doente realça a importância de se ir além do diagnóstico mais comum. A apresentação multissistémica das vasculites torna, muitas vezes, o seu diagnóstico difícil. Em vasculites ANCA-MPO, o envolvimento pulmonar ocorre numa minoria, entre 10-30%, pelo que é importante ter em atenção esta etiologia. Assim, a consideração cuidadosa e precoce das várias etiologias e estratégias terapêuticas contribui para um melhor prognóstico e qualidade de vida dos doentes.

PO 106

UM CASO DE PÊNFIGO (IN)VULGAR

Henrique Tavares Bastos; Vera Guedes De Sousa;
Bernardo Baptista; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

O pênfigo vulgar (PV) é uma doença bolhosa autoimune rara, mediada por autoanticorpos (ac) dirigidos contra as desmogleínas (Dsg) 1 e 3, que provocam perda de adesão celular (acantólise). A sua forma de apresentação clássica é entre os 40 e 60 anos de idade, com envolvimento mucocutâneo caracterizado por bolhas flácidas e erosões dolorosas com envolvimento simultâneo das mucosas e da pele, sendo menos frequentes as formas exclusivamente mucosas ou exclusivamente cutâneas.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 32 anos, previamente saudável, com ulceração oral recorrente com um ano de evolução e agravamento progressivo, sendo internada por odinofagia, disfagia e ausência de via oral. No exame físico observou-se extensa ulceração orofaríngea, com escassas áreas de mucosa poupada. Foi observada pela Otorrinolaringologia e realizada videoendoscopia digestiva alta, tendo-se verificado extensa ulceração da mucosa laríngea e esofágica, predominantemente no esófago proximal. Iniciou empiricamente fluconazol endovenoso, terapêutica tópica sintomática e, por ausência de via oral, nutrição parentérica total. Laboratorialmente documentou-se a presença de ac anti-Dsg1 e 3 (títulos 27 e >200 UA/mL, respetivamente), com ac anti-BP180 e anti-BP230 “negativos”, o que permitiu confirmar a suspeita diagnóstica de PV. Iniciou pulsos de metilprednisolona e posteriormente prednisolona oral, com franca melhoria clínica, tendo tido alta ao 17º dia de internamento. Em ambulatório iniciou rituximab e manteve desmame progressivo da prednisolona, conseguindo-se remissão clínica.

Este caso ilustra uma forma de apresentação extremamente rara de pênfigo vulgar, com início numa idade mais jovem e envolvimento extenso e exclusivo da mucosa, nomeadamente orofaríngea, laríngea e esofágica, a condicionar compromisso de via oral. O reconhecimento precoce e o início atempado de terapêutica imunossupressora foram fundamentais para controlar a doença e prevenir complicações.

PO 107

FEBRE APÓS REGRESSAR DE ANGOLA: UMA CORRIDA CONTRA O TEMPO NA MALÁRIA GRAVE

Filipa Guedes; Isabel Viana Novo; Adriana Basílio;
Alexandra Silva Azevedo; Rita Xavier; Sara Pereira
Unidade Local de Saúde do Médio Ave

A malária por *Plasmodium falciparum* continua a ser uma das principais causas de morbimortalidade em regiões endémicas, destacando-se pela potencial gra-

vidade e complicações associadas. A apresentação clínica pode variar de sintomas leves a formas graves com disfunção multiorgânica. O diagnóstico e tratamento precoces e adequados são essenciais para reduzir a mortalidade.

Apresento o caso de um doente de 62 anos. Residente em Angola há 6 meses. Como antecedentes de referir hipertensão arterial medicada. Recorreu ao hospital por febre (T_{máx}. 38,5°C) e mialgias que iniciou 2 dias após a chegada a Portugal. Sem outros sintomas associados. Ao exame Objetivo apresentava-se febril e taquicárdico. Pele ictérica. Sem outras alterações. Analiticamente com linfopenia e trombocitopenia (57 000/uL), disfunção renal (creatinina 4,6 mg/dL) e disfunção hepática (bilirrubina total 11,45 mg/dL, bilirrubina direta 8,51 mg/dL). Na gasimetria arterial com hiperlactacidemia (3,1 mmol/L). Foi pedida pesquisa de Plasmodium, que se revelou positiva com parasitemia de 8%. De acordo com os resultados, foi feito o diagnóstico de malária com critérios de gravidade. Foi transferido para o Hospital de Braga onde iniciou tratamento com artesunato endovenoso. No total, realizou 3 dias de artesunato e 3 dias de Artemeter/Lumefantrina 80+480mg, com posterior parasitemia negativa. Passados 20 dias iniciou Atovaquona/Proguanil por febre cíclica e parasitemia de novo, que cumpriu durante 6 dias. Como complicações durante o internamento apresentou agravamento da função renal e anúria com necessidade de iniciar técnica dialítica; tamponamento cardíaco com necessidade de pericardiocentese, insuficiência respiratória secundária a ARDS e FA de novo com necessidade de cardioversão elétrica. Teve alta 34 dias após admissão, clínica e analiticamente melhorado.

Este caso ilustra a importância do reconhecimento precoce da malária grave em doentes com permanência em áreas endêmicas. A elevada parasitemia associada a disfunção renal, hepática e hematológica, configura um quadro clínico grave, exigindo monitorização intensiva e tratamento específico para reduzir o risco de complicações e mortalidade. É um diagnóstico que deve ser considerado em doentes com antecedentes epidemiológicos sugestivos e febre sem outro foco evidente.

PO 108

ENTRE O CATETER E O CORAÇÃO: SUSPEITA DE ENDOCARDITE DIREITA SEM VEGETAÇÕES.

Letícia Garcia Naben; Mónica Côrte-Real; Ana Santos Costa; Miguel Tomás Rodrigues; Ana Teixeira Reis; Daniela Brigas; Alexandra Gaspar; Patrícia Carneiro; Susana Marques
Hospital de São Bernardo

A endocardite infecciosa (EI) associada a cuidados de saúde tem aumentado nas últimas décadas com o uso crescente de dispositivos intravasculares. A bacteriemia por *Staphylococcus aureus* constitui dos principais fatores de risco para envolvimento de en-

docardite infecciosa e está associada a maior taxa de complicações embólicas e mortalidade. Embora o ecocardiograma transtorácico (ETT) seja fundamental no diagnóstico, a ausência de vegetações não exclui endocardite, sublinhando a importância da avaliação do doente enquanto um todo.

Mulher, 57 anos, antecedentes de malformação Arteriovenosa (MAV) parietal esquerda previamente tratada, vem ao serviço de urgência por agravamento progressivo do estado de consciência (Glasgow 12+7), com necessidade de ventilação mecânica invasiva. A angio-TC cranioencefálica revelou rutura da MAV com hemorragia intraparenquimatosa e intraventricular complicada de hidrocefalia, tendo sido submetida a derivação ventricular externa e colocação de cateter venoso central (CVC). Posteriormente, isolou-se *Staphylococcus aureus sensível à meticilina* (MSSA) em duas hemoculturas e na ponta do cateter, iniciando antibioterapia dirigida. Efetuou despiste de endocardite infecciosa onde o ETT não evidenciou vegetações, contudo, a TAC torácica demonstrou múltiplas cavitações compatíveis com êmbolos sépticos. Perante bacteriemia por MSSA associada a CVC e fenómenos embólicos pulmonares, a doente preenchia critérios de Duke para endocardite infecciosa direita provável. Cumpriu seis semanas de antibioterapia, tendo em conta suspeita de embolização, com evolução clínica e analítica favorável.

Este caso ilustra a complexidade clínica associada à rutura de MAV, cujo tratamento implica recurso a dispositivos invasivos. A utilização de CVC constituiu um potencial foco de bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, criando o contexto para complicação infecciosa sistémica. A subsequente identificação de embolização pulmonar permitiu sustentar o diagnóstico de provável endocardite direita reforçando a importância da vigilância de complicações associadas a dispositivos invasivos.

PO 109

CEFALEIAS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PISTAS DO TÁLAMO.

Letícia Garcia Naben; Dino Matias; Beatriz Meira; Ana Santos Costa; Francisca Saraiva Santos; Patrícia Carneiro; Susana Marques

Hospital de São Bernardo

Os gliomas talâmicos são neoplasias raras do sistema nervoso central (SNC), com apresentação clínica heterogênea, associada a sintomas de hipertensão intracraniana e défices neurológicos focais. A evolução é desfavorável, com elevada associação a hidrocefalia e défices neurológicos progressivos. O reconhecimento clínico precoce ainda é um desafio sendo a ressonância magnética (RM) o exame de eleição para caracterização e plano terapêutico.

Mulher, 21 anos, saudável, referiu cefaleias progressi-

vas e diminuição da acuidade visual nos últimos 7 meses, evoluindo com náuseas, vômitos e incontinência urinária na última semana. Medicada em cuidados primários por presumível enxaqueca, agravou com lipotímia e dirigiu-se ao serviço de urgência com deterioração neurológica progressiva, culminando em Glasgow 3 e necessidade de ventilação mecânica invasiva. A TAC craniocéfálica mostrou lesão expansiva intra-axial talâmica esquerda, 42x65x45mm de dimensão, com desvio da linha média, hidrocefalia e sinais de herniação cerebral. Colocada derivação ventricular externa (DVE) por hidrocefalia não comunicante secundária, a RM confirmou suspeita de neoplasia primária do SNC. Manteve DVE até exérese da lesão que revelou glioma talâmico esquerdo. Após 15 dias de internamento, sem défices focais residuais, teve alta. Contudo, 9 dias depois foi readmitida com febre, cefaleias, náuseas e vômitos. Punção lombar isolou *Staphylococcus Aureus Sensível à Meticilina*, diagnosticando-se meningite nosocomial associada ao DVE. Efetuou antibioterapia por 14 dias, com evolução favorável e alta com seguimento em Neurocirurgia.

Este caso ilustra a complexidade dos gliomas talâmicos em idade jovem, cuja apresentação pode mimetizar cefaleias benignas, atrasando o diagnóstico. A progressão para hidrocefalia com herniação enfatiza a necessidade de elevada suspeita clínica em doentes com cefaleias persistentes e sintomas neurológicos associados. Estudos destacam a relevância de prevenção de complicações pós-neurocirúrgicas, como infeções associadas a DVE, que podem influenciar a morbidade e prolongar a hospitalização.

PO 110

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: UM DIAGNÓSTICO INTER-ESPECIALIDADES

Francisca Santos Coelho; Sandra Correia; Joana Alves
Hospital de Braga

Refiro-me a um homem, 92 anos, com Glaucoma, encaminhado ao SU por alucinações visuais zoópticas (insetos, animais de grande porte), bem definidas e estruturadas, com 3 meses de evolução, sem desencadeante (introdução de fármacos, evento neurológico *major*). As alucinações eram exclusivamente visuais, egodistónicas, tendo o doente *insight* preservado. Não se aferiam outras alterações neurológicas, alterações comportamentais ou de personalidade; apresentava agravamento da acuidade visual nos últimos 8 meses, já em seguimento por Oftalmologia. Foram excluídos distúrbios eletrolíticos, disfunções orgânicas e patologia estrutural. O doente foi encaminhado para consulta de Neurologia por diagnóstico provável de Síndrome de Charles Bonnet (SCB).

Trata-se de uma condição benigna, psicologicamente debilitante, que ocorre em indivíduos com défices visuais que experimentam alucinações visuais com-

plexas, mantendo a consciência da sua irreabilidade. A SCB é uma alucinose por privação sensorial — quando os estímulos visuais são cronicamente reduzidos, as redes corticais responsáveis ??pela formação de imagens tornam-se hiperexcitáveis, produzindo *input* visual espontâneo.

Idade >65 anos; perda súbita ou progressiva da visão; privação sensorial; isolamento social; doenças neurodegenerativas e neurológicas (AVC Occipital, Epilepsia Temporal) e fármacos (agentes dopaminérgicos, anticolinérgicos) aumentam a probabilidade de SCB.

As alucinações são puramente visuais; complexas, bem formadas e coloridas. As imagens incluem pessoas, animais, edifícios, paisagens e desenhos geométricos. A característica diferenciadora das alucinações psicóticas é a consciência intacta do paciente. O diagnóstico diferencial inclui psicose, demência de Corpus de Lewy, Doença de Parkinson, Epilepsia Occipital, alucinações induzidas por medicamentos e Enxaqueca com Aura.

Ressalta a importância da colaboração interdisciplinar entre Oftalmologia, Neurologia e Psiquiatria.

PO 111

UM DUPLO IMPACTO NO CORAÇÃO DIREITO: CTEPH COM RUTURA DE CORDAS DA VÁLVULA TRICÚSPIDE

Maria Eduarda Moniz¹; Daniel Inácio Cazeiro²; João Cravo²; Sofia Esteves²; João Fernandes Pedro²; Samuel António³; Manuel Abecasis²; Ricardo Ferreira²; Tatiana Guimarães²; Fausto J. Pinto²; Rui Plácido²

¹Hospital Dr. Nélio Mendonça; ²Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ³Hospital Geral de Viana — Bispo Emílio de Carvalho

A hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH) resulta da obstrução tromboembólica persistente da circulação pulmonar, podendo cursar com complicações cardíacas graves.

Mulher de 54 anos, com antecedentes de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar recorrente sob anticoagulação, observada por dispneia aos esforços e fadiga (classe funcional III da Organização Mundial de Saúde). Eletrocardiograma com desvio direito do eixo e sinais de sobrecarga do ventrículo direito (VD); NT-proBNP de 3815 pg/mL; ecocardiograma transtorácico com dilatação e disfunção do VD e insuficiência tricúspide (IT) grave excêntrica, com elevada probabilidade de hipertensão pulmonar (HP); ecocardiograma transesofágico com válvula tricúspide do tipo II, com *flail* do folheto anterolateral por rutura de corda tendinosa, condicionando IT grave; angio-TC torácica com dilatação do tronco pulmonar, *webs* intraluminais e estenoses segmentares/subsegmentares; cateterismo cardíaco direito confirmou HP pré-capilar de alto risco. Iniciou terapêutica dupla (tadalafil e ambrisentano) e, posteriormente, pela ausência de melhoria clínica, treprostínil parentérico. Referenciada para centro de HP para avaliação de elegibilidade para

tromboendarterectomia pulmonar (PTE), associada a eventual intervenção valvular.

Este caso ilustra CTEPH complicada de IT grave secundária a rutura de cordas tendinosas. A sobrecarga crónica do VD poderá ter contribuído para disrupção mecânica (não se podendo excluir uma alteração estrutural valvular primária). Se operável, a PTE associada a intervenção valvular tricúspide é preferível. Se inoperável, a cirurgia tricúspide isolada está contraindicada pelo risco de falência do VD.

A referência para centros de HP deve ser precoce, dado que atrasos no diagnóstico reduzem a janela terapêutica. A avaliação da válvula tricúspide na HP é fundamental dado que lesões, como a rutura de cordas, podem acelerar a deterioração clínica e influenciar a decisão cirúrgica.

PO 112

ENVOLVIMENTO VALVULAR DIREITO NA SÍNDROME CARCINOIDE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Ion Spinu; Sofia Ferreira Cunha; Afonso Rodrigues; Sofia Eusébio; João Guerreiro; Andre Seabra Nunes

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A síndrome carcinóide cardíaca (SCC) resulta da exposição crónica do endocárdio direito a mediadores vasoativos, particularmente a serotonina, conduzindo à fibrose valvular progressiva, sobretudo da tricúspide. O envolvimento cardíaco associa-se a pior prognóstico mas pode permanecer subdiagnosticado.

Caso clínico: Mulher de 70 anos com tumor neuroendócrino íleo-cecal grau 1–2 (Ki-67 <10%), com metastização hepática, submetida a hemicolectomia direita, sob terapêutica com análogo da somatostatina. Mantinha diarreia e elevação persistente de 5-HIAA urinário. Em dezembro de 2025, ecocardiograma revelou insuficiência tricúspide grave com dilatação e disfunção do ventrículo direito. Revisão tomográfica a documentar progressão do envolvimento hepático, a justificar intensificação da terapêutica com lanreotida para regime quinzenal. No final de janeiro recorreu à urgência por vertigem e défices direitos, documentando-se AVC isquémico bulbar esquerdo. Apresentava flutter auricular com instabilidade hemodinâmica, revertido por cardioversão elétrica. Durante o internamento, o ecocardiograma confirmou insuficiência tricúspide grave, disfunção ventricular direita e pequeno derrame pericárdico. Evoluiu com hipotensão refratária, necessitando de suporte vasopressor. Assumiu-se descompensação de SCC ativa com choque distributivo, sendo otimizada terapêutica com octreótido mas apesar das medidas instituídas, a evolução foi desfavorável.

Discussão: A SCC deve ser considerada em doentes com tumor neuroendócrino e sinais de insuficiência cardíaca direita. A vigilância clínica estruturada, incluindo biomarcadores como NT-proBNP e ecocar-

diografia periódica, permite detetar precocemente envolvimento cardíaco, sobretudo em contexto de progressão tumoral ou atividade secretora persistente.

PO 113

HIPOCALIÉMIA POR HIPOVOLÉMIA OU ALGO MAIS GRAVE?

Daria Bem; Margarida Paixão Ferreira; Pedro Fortes; Pedro Costa

Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A Síndrome de McKittrick-Wheelock (SMW) é uma entidade rara, caracterizada por diarreia crónica, lesão renal aguda (pré-renal) e alterações hidroelectrolíticas (hiponatremia e hipocaliémia), estando geralmente associada a adenomas vilosos do cólon ou reto.

Caso clínico: Homem de 67 anos, autónomo com antecedentes de hipertensão arterial, fibromialgia e massa exofítica de aspecto viloso ocupando > 50% da circunferência do recto baixo, com histologia inicial compatível com adenoma e displasia de baixo grau. Num período de 2 meses, teve 4 internamentos por lesão renal aguda (LRA) KDIGO 3 pré-renal associada a diarreia, com hipocaliemia moderada a grave. Perante esta recorrência de LRA e diarreia persistente, realizou nova colonoscopia com biopsias rectais, que revelam tumor viloso com foco de adenocarcinoma bem diferenciado. TC TAP – sem metastização à distância. Foi admitido o diagnóstico de SMW e submetido a colostomia derivativa terminal do cólon esquerdo, tendo iniciado mFOLFIRINOX para posterior ressecção abdominoperineal.

Discussão: Este caso destaca a importância da reavaliação histológica da nova lesão do recto perante diarreia crónica sem outra causa aparente.

PO 114

UREMIC PERICARDITIS WITH CARDIAC TAMPONADE TRIGGERED BY ACUTE-ON-CHRONIC KIDNEY INJURY

Beatriz Lopes Fernandes; Ana Marta Pinto; Inês Antónia Ribeiro; Margarida Oliveira; Filipa Cordeiro; António Lourenço

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introduction: Uremic pericarditis (UP) is a life-threatening complication of kidney disease caused by accumulation of uremic toxins, resulting in fibrinous pericarditis. It may occur in patients with acute or chronic kidney disease (CKD), before or under dialysis treatment. Among dialyzed patients, chronic effusion complicated with tamponade is not uncommon, unlike non-dialyzed patients. However, acute worsening of renal function may lead to rapid progression of effusion and development of cardiac tamponade.

Case presentation: We report the case of a 54-year-old man with stage 4 CKD evaluated for malaise, decreased urinary output, fatigue, cough and worsening

dyspnea over 72 hours. On examination, he was hemodynamically stable and afebrile, with muffled heart sounds and bibasilar crackles, without peripheral signs of fluid overload. Laboratory tests showed Acute Kidney Injury Network stage 3, serum creatinine of 8mg/dL, hyperkalemia of 7 mmol/L, and serum C-reactive protein and white blood cells count elevation (138,8 mg/L and 18 900/ μ L). The electrocardiogram (ECG) showed only T-wave inversion in lateral leads. Bed-side echocardiogram revealed a large pericardial effusion with thin fibrin strands and right ventricular diastolic collapse, consistent with cardiac tamponade. Urgent subxiphoid pericardiocentesis was performed, draining 700cc of serohematic fluid with resolution of cardiac tamponade signs. The patient was subsequently referred for urgent hemodialysis. Pericardial fluid analysis revealed moderate cellularity, with polymorphonuclear predominance, lactate dehydrogenase of 600 UI/L and total protein of 6.4mg/dL, compatible with exudate. All cultures were negative.

Discussion: Although UP being less likely to progress to tamponade in non-dialyzed patients, acute-on-chronic kidney injury can accelerate uremic toxin accumulation, leading to rapid pericardial fluid accumulation and cardiac tamponade. This case highlights the importance of maintaining a high level of suspicion for UP and promptly perform echocardiography in CKD patients with recent worsening renal function presenting with nonspecific symptoms, as classical signs of pericarditis, such as typical chest pain and ST elevation on ECG may be absent, making diagnosis particularly challenging.

PO 115

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA INEXPLICADA? A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME PLATIPNEIA-ORTODEOXIA

Mariana Raimundo De Sá; Ana Maria Teodoro; Joana Correia; Catarina Santos; Vilma Grilo; Tiago Judas
Hospital Garcia de Orta, EPE

A síndrome de platipneia-ortodeoxia é uma entidade rara caracterizada por dispneia e dessaturação em ortostatismo, com melhoria em decúbito. Pode ter várias etiologias, nomeadamente cardíacas, com shunt direito-esquerdo, como Foramen Ovale Patente (FOP) ou shunts intrapulmonares, como na síndrome hepatopulmonar.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 87 anos, previamente autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, anemia ferropénica, adenocarcinoma da próstata Gleason 7 e osteoporose. Destaca-se ainda um internamento recente por tromboembolismo pulmonar segmentar do lobo inferior esquerdo, com insuficiência respiratória parcial, tendo alta sob anticoagulação. O doente regressa após um mês por dispneia com insuficiência

respiratória parcial grave (pO₂ 40,4 mmHg sob máscara de alto débito). A AngioTC torácica excluiu recorrência de tromboembolismo pulmonar e analiticamente sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Manteve necessidade de oxigenioterapia de alto fluxo, com dessaturação marcada no levantar (SatO₂ 80–85%) e normalização em decúbito (95–100%), confirmada gasimetricamente: sob FiO₂ 40%, pO₂ 89,7 mmHg em decúbito e pO₂ de 44,4 mmHg sentado, com grave impacto funcional para o doente. Perante a suspeita de síndrome de platipneia-ortodeoxia, realizou estudo com ecocardiograma transtorácico com evidência de shunt direito-esquerdo, confirmado por ecocardiograma transesofágico que demonstrou septo interauricular aneurismático com FOP e passagem abundante de bolhas após contraste salino e manobra de Valsalva. Foi submetido a encerramento percutâneo do FOP. No dia seguinte encontrava-se eupneico em ar ambiente, SatO₂ 95% (pO₂ 68 mmHg), a tolerar levantar.

A síndrome de platipneia-ortodeoxia é rara, principalmente em idade avançada, o que neste doente se associa a FOP preexistente, que terá sofrido uma alteração funcional com favorecimento de shunt direito-esquerdo, em provável associação a evento trombótico pulmonar recente. Este caso evidencia a importância de suspeitar deste síndrome, nomeadamente em casos de doentes com insuficiência respiratória inexplicada. O seu reconhecimento e estudo etiológico, pode permitir tratamento dirigido, com resolução rápida da insuficiência respiratória e com impacto na qualidade de vida dos doentes.

PO 116

PERICARDITE SECUNDARIA A TOXOPLASMOSE

Yolanda De Sá Pereira; Alexandra Sousa Farias;
Paula Alcântara

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Mulher de 24 anos, sem diagnósticos prévios.

Quadro com 2 meses de evolução de edemas dos membros inferiores simétricos exuberantes associado a aumento do volume abdominal, dispneia para esforços cada vez mais pequenos e ortopenia. Nega febre, alterações do TGI, GU, ou do ciclo menstrual. Nega infeções ou quadros gripais concomitantes com o início do quadro.

Recorreu por 3 vezes ao serviço de urgência num espaço de dois meses e posteriormente enviada a consulta de medicina interna. Do workup realizado na urgência destaca-se anemia de novo de 9.0 g/dL micocítica (60 fL) hipocromica, trombocitose com ~800mil plaquetas. bHCG negativa. Urina 2 com proteinúria de 100 mg/dL, albuminúria 150 mg/dL (~1g/dia aproximado), função renal normal. RxT com derrame pleural bilateral e cardiomegalia/derrame pericárdico. Renca-minahda novamente a urgência por exame Objetivo na consulta em anasarca e com pulso paradoxal. Echo-

cardiograma revelou derrame volumoso com colapso da aurícula direita. Fez pericardiocentese com saída de 1000cc de líquido amarelo citrino, cuja análise revelou tratar-se de transudado estéril. Do estudo etiológico a destacar: estudo imunológico todo negativo; serologias virais negativas ou cicatriz imunológica; serologias para bactérias atípicas negativo, HC e UC negativas; serologia para toxoplasmose com IgM e IgG positivas (>650.00 UI/mL) com teste AVIDEZ forte, sugerindo infecção com mais de 4 meses. Nesta sequência realizou pesquisa por PCR de toxoplasma no líquido pericárdico e no sangue, os quais foram negativos. Realizou ainda TC-CE que excluiu toxoplasmose cerebral e consulta de oftalmologia que excluiu retinite.

No entanto, à falta de outra etiologia e por evolução temporal compatível, não se pode excluir pericardite por toxoplasmose recente, pelo que se optou por iniciar coticoterapia associada a cotrimoxazol por 4 semanas e colchicina. Aos seis meses após a alta hospitalar teve seroconversão com negatificação do anticopro anti-toxoplasma IgM.

PO 117

NEOPLASIA DE PRIMÁRIO OCULTO REVELADA POR METÁSTASES CEREBRAIS E ÓSSEAS: UM CASO CLÍNICO

Mariana Raimundo De Sá; Rafael Terêncio; Tatiana Correia; Francisca Abecasis

Hospital Garcia de Orta, EPE

O carcinoma de pequenas células é um tumor neuroendócrino, de mais frequente origem pulmonar. A apresentação com metástases cerebrais e ósseas, sem evidência de lesão pulmonar não é incomum. Queixas frequentes como dores ósseas ou défices neurológicos, podem ser a primeira manifestação, pelo que estes sinais de alarme deverão ser sempre considerados. Trata-se do caso de mulher de 43 anos, fumadora (1 UMA), com antecedentes de obesidade e anemia em estudo. Recorreu ao Serviço de urgência (SU) por quadro descrito como paroxismos de tremor dos 4 membros com amnésia para o sucedido, acompanhados de cefaleia com meses de evolução, agravada nos últimos dias, associada a visão turva. A doente teria recorrido 3 vezes ao SU no último ano por queixas de lombalgia, com alta sob analgesia. À observação sem alterações e analiticamente com hemoglobina de 8 g/L e proteína C Reativa aumentada. Por provável crise convulsiva realizou TC crânio-encefálica (CE) que revelou múltiplas lesões justacorticais bilaterais, edema vasogénico e hidrocefalia supratentorial. Ficou internada para estudo de provável neoplasia e iniciou terapêutica antiepilética, com melhoria. Da investigação realizada destaca-se estudo imagiológico com TC toraco-abdomino-pélvica, RM-CE e PET-TC com evidência de envolvimento osteomedular e cerebral e hidrocefalia, mas sem foco primário dominante; punção lombar que

mostrou hipoglicorráquia e proteinorraquia marcadas, sem pleiocitose ou células neoplásicas. Na ausência de primário identificável realizou biópsia de metástase vertebral que demonstrou neoplasia de pequenas células, Ki67 100% e imunofenótipo neuroendócrino, compatível com carcinoma de pequenas células estágio IV, assumindo-se provável origem pulmonar. A doente foi discutida em reunião multidisciplinar e decidiu-se início de quimio e imunoterapia, radioterapia holocraneana e integração em Cuidados Paliativos. A doente faleceu após 3 meses.

Este caso ilustra a necessidade de elevada suspeição clínica perante quadros neurológicos subagudos, mesmo em doentes jovens, tendo em conta a presença de sinais de alarme. A neoplasia maligna é um diagnóstico diferencial que não pode ser descurado e a ausência de neoplasia primária identificável impõe a precoce abordagem multidisciplinar, centrada no doente, que como descrito é tempo-sensível.

PO 118

DE ASSINTOMÁTICA À EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA: APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Mariana Raimundo De Sá; Rafael Terêncio; Tatiana Correia; Francisca Abecasis

Hospital Garcia de Orta, EPE

A hipertensão arterial (HTA) é um conhecido fator de risco cardiovascular, com elevada prevalência, mas permanece subdiagnosticada. Frequentemente é assintomática, no entanto a apresentação pode ser sob a forma de uma emergência hipertensiva, que se define por uma pressão arterial elevada (tipicamente >180/110mmHg) associada a lesão de órgão alvo, com complicações cerebrais, cardíacas, renais, arteriais ou na retina.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 65 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais conhecidos, sem seguimento médico regular, que recorre ao serviço de urgência por cefaleia frontal intensa com 3 dias de evolução, acompanhado de alteração da acuidade visual à esquerda. À admissão apresentava-se hipertenso (pressão arterial de 245/130 mmHg), com diminuição da acuidade visual nos campos periféricos do olho esquerdo, sem outros achados ao exame Objetivo. À observação oftalmológica evidenciou-se edema do disco ótico com hemorragias em chama e exsudados algodonosos, compatíveis com retinopatia hipertensiva complicada. Analiticamente sem lesão renal aguda e sem aumento dos marcadores de lesão miocárdica. Realizou TC cerebral sem evidência de lesão aguda e eletrocardiograma com alterações sugestivas de sobrecarga do ventrículo esquerdo. Ficou inicialmente internado na Unidade de Cuidados Intensivos, para vigilância e controlo tensional com perfusão de labetalol. O doente evoluiu favoravelmente,

sendo transferido para enfermagem, com controlo tensional sob terapêutica antihipertensiva oral quadrupla. O restante estudo com RM evidenciou múltiplas lesões microvasculares crônicas, compatíveis com encefalopatia hipertensiva; o ecocardiograma transtorácico mostrou sinais de sobrecarga ventricular esquerda e aorta ascendente dilatada; analiticamente com dislipidemia. Após a alta do internamento o doente manteve seguimento em consulta de HTA e de oftalmologia, com perfil tensional controlado, mas com manutenção de alterações campimétricas visuais após 6 meses.

A HTA está associada a morbilidade e mortalidade, principalmente quando mal controlada, sendo o seu reconhecimento e diagnóstico o primeiro passo para evitar as complicações associadas, que se sabem multissistémicas, podendo estas ser irreversíveis, com grande impacto na qualidade de vida dos doentes.

PO 119

FEBRE NA GRAVIDEZ: DESAFIO CLÍNICO

Alexandra S. Rodrigues; Nancy Faria; Cátia Martins; Mónica Jardim; Dina Santos; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal, SESARAM, EPERAM

A *Listeria monocytogenes* é um bacilo gram positivo responsável pela listeriose, uma infeção rara em humanos, mas potencialmente grave. A via de transmissão é maioritariamente alimentar, mas também pode ser zoonótica, vertical ou nosocomial. Embora frequentemente autolimitada em imunocompetentes, assume particular gravidade em grupos de risco (grávidas, recém-nascidos, idosos e imunocomprometidos), podendo evoluir para doença invasiva. A estratégia terapêutica é orientada pela gravidade do quadro clínico. Apresenta-se o caso de uma mulher, 35 anos, grávida de 16 semanas (G0P0, FIV), sem antecedentes pessoais, profissional de saúde, de férias em Portugal. Recorreu ao serviço de urgência por febre com 4 dias de evolução, associada a cefaleia, mialgias e dor abdominal no quadrante inferior esquerdo (QIE). Ao exame Objetivo, destacam-se: taquicardia (111 bpm); febre (38 °C) e dor à palpação profunda do QIE. Analiticamente, verificou-se elevação da PCR (51.81 mg/L) e procalcitonina (0.62 ng/mL), e alterações sugestivas de hepatite aguda (ALT 1057 U/L; AST 1029 U/L; BT 0.9 mg/dL). Ecografia abdominal sem alterações. Serologias virais e antigénios para vírus respiratórios negativos. Perante hepatite aguda de etiologia não esclarecida em gravidez de risco, foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva. Durante o internamento, a utente apresentou metrorragia, tendo-se confirmado ecograficamente a perda fetal, o que motivou a transferência para o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. O isolamento de *L. monocytogenes* nas hemoculturas confirmou listeriose com bacteriemia. Após o período de internamento no Serviço de Medicina Interna, a doente foi transferida para o Serviço de Doenças Infecciosas.

Iniciou antibioterapia empírica com ampicilina e gentamicina e posterior ajuste para ampicilina dirigida, que cumpriu por sete dias. A utente teve alta sob amoxicilina, com indicação para continuidade de cuidados no país de residência.

A listeriose na gravidez é um desafio diagnóstico pela sua apresentação inespecífica. Apesar do bom *outcome* materno, a morbilidade fetal é elevada, podendo resultar em perda gestacional, como ilustra o caso apresentado. Perante um quadro febril na grávida, a suspeição clínica e o início de antibioterapia precoces são fundamentais.

PO 120

UM EQUILÍBRIO DIFÍCIL: ENTRE A HEMORRAGIA E UM EVENTO TROMBÓTICO

Ana Margarida Morgado; Marques Cardoso; Habib Alagbo; Joana Lopo; Sara Aleixo; Ignacio Moreno

ULS Algarve- Faro

Introdução: A gestão do tromboembolismo venoso em contexto de hemorragia digestiva recente constitui um dos dilemas terapêuticos mais desafiantes em Medicina Interna. A decisão de iniciar ou suspender anticoagulação exige avaliação contínua do risco hemorrágico e trombótico, podendo implicar estratégias alternativas temporárias.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, autónoma, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, que recorreu ao serviço de urgência por astenia e intolerância ao esforço com um mês de evolução, associada a fezes escuras. Apresentava-se hipotensa e taquicárdica, com anemia microcítica hipocrômica grave (Hb 3,4 g/dL). Foi transfundida e a endoscopia digestiva alta identificou úlcera do fundo gástrico com hemorragia ativa, tratada com hemostase eficaz. No dia seguinte desenvolveu insuficiência respiratória, tendo a angio-TC torácica revelado tromboembolismo pulmonar bilateral extenso e o ecodoppler uma trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo, iniciando-se anticoagulação com enoxaparina. Após 10 dias surgiram hematemeses no contexto de choque hemorrágico, com necessidade de transfusão maciça e perfusão de inibidor da bomba de prótons. Uma nova endoscopia revelou um defeito da mucosa compatível com perfuração contida, confirmado por TC, tendo sido realizado encerramento endoscópico com sucesso e iniciada antibioterapia empírica. Perante a contraindicação para anticoagulação foi colocado filtro de veia cava inferior. Após um mês encontrava-se assintomática, tendo sido retirado o filtro e reiniciada anticoagulação.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade do equilíbrio entre risco hemorrágico e trombótico, assim como o papel do filtro da veia cava inferior como estratégia ponte eficaz, permitindo o reinício seguro da anticoagulação.

PO 121

CARCINOMA MAMÁRIO OCULTO: QUANDO A INFLAMAÇÃO E A ANEMIA MIELOFTÍSICA PRECEDEM A IMAGEM

João Seara Carvalho¹; Vasco Cremon Lemos¹; Maria Duarte Silva²; Ana Carolina Mira²; Diogo Calado²; Rita Silvério²; Filipa Carrega²; Manuela Fera²; Susana Marques²

¹IPO Lisboa; ²Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: As neoplasias sólidas avançadas podem manifestar-se com quadros inflamatórios sistêmicos exuberantes, ocultando o tumor primário e atrasando o diagnóstico. A persistência de sintomas e marcadores analíticos de gravidade impõem investigação imagiológica sequencial e criteriosa.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência por febre, mialgias e suores noturnos com 7 dias de evolução, sem melhoria após antibioterapia e analgesia. Ao exame Objetivo(EO) apresentava dor epigástrica. Analiticamente com leucocitose(15700/uL), trombocitopenia(105000/uL), lactato desidrogenase(LDH) de 3406U/L e leucoeritroblastose no esfregaço de sangue periférico. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica(TC-TAP) foi inconclusiva.

No internamento a dor mantinha-se refratária à terapêutica e verificou-se agravamento da trombocitopenia(38000/uL), anemia de novo (hemoglobina 10.6 g/dl), e hiperferritinemia (26483ng/mL), tendo sido realizados: mielograma “dry tap” e biópsia óssea inconclusiva. Perante a ausência de diagnóstico alternativo, colocou-se a hipótese de síndrome hemofagocítico e iniciou-se corticoterapia com melhoria clínica e analítica. Após 14 dias, surgiram adenopatias axilares bilaterais motivando novos exames de imagem que revelaram: lesões suspeitas em ambas as mamas na tomossíntese e adenopatias disseminadas, sem envolvimento ósseo na TC-TAP. Posteriormente, realizou biópsias que confirmaram carcinoma mamário e tomografia de positrões que documentou infiltração osteomedular mas sem captação mamária.

Discussão: O caso é raro por apresentar, simultaneamente, manifestações graves de uma neoplasia sólida: inflamação exuberante e anemia mieloftísica. Exames de imagem iniciais podem ocultar doença maligna, mas perante sinais de gravidade é essencial insistir na investigação através do EO e da imagiologia. Assim, conclui-se que o internista é fulcral para interligar sintomas sistêmicos inespecíficos com o diagnóstico de neoplasia oculta.

PO 122

UMA CAUSA RARA DE HEMITORACALGIA DIREITA

Ingrid Mora¹; Jéssica Chaves²; Luís Marote²; Carolina Gonçalves²; Rita De Almeida²

¹Hospital Nélito Mendonça; ²SESARAM

Introdução: O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia rara do pulmão, assintomática e identificada de forma incidental. Quando se apresenta com dor torácica e consolidação cavitada, pode mimetizar patologia infecciosa ou neoplasia maligna, dificultando o diagnóstico inicial.

Caso clínico: Doente de 52 anos, com alcoolismo crónico, tabagismo ativo (36 U.M.A.) e doença pulmonar obstrutiva crónica, recorreu ao serviço de urgências por toracalgia direita com três dias de evolução, sem dispneia ou tosse.

Exame objetivo: bom estado geral, eupneico, e hemodinamicamente estável. MV rude sem ruídos adventícios; restante exame sem alterações.

Apresentava leucocitose (19 930/ μ L), neutrofilia, linfocitose ($4,1 \times 10^3$ / μ L), trombocitose (619×10^3 / μ L), Hb 12,9 g/dL, PCR 23,6 mg/L, ALT 89 U/L, AST 40 U/L e mioglobina 57,3 ng/ml A radiografia torácica revelou hiperdensidade homogênea circular no lobo médio direito. A tomografia torácica demonstrou consolidação espiculada com cavitação central e vidro despolido periférico no lobo superior direito ($4 \times 3,7$ cm), possível extensão transcistural ao lobo médio. Nódulo sólido de 7 mm no lobo inferior esquerdo, enfisema centrilobular, bronquiectasias e adenomegalia hilar direita de pequenas dimensões, sem adenopatias mediastínicas. A biópsia revelou células fusiformes. Imunohistoquímica: AE1/AE3–, CD34–, S100–, desmina–, EMA–; CD31+, CD99+, BCL2+, SMA+, compatível com TFS. O PET-TC com FDG revelou doença limitada ao pulmão direito. Foi submetido a bilobectomia superior e média com esvaziamento ganglionar mediastínico.

Discussão: O TFS pulmonar é uma entidade rara, benigna, com potencial comportamento maligno. A apresentação com morfologia espiculada, cavitação e inflamação contribuiu para o diagnóstico diferencial inicial com infeção ou neoplasia maligna. A confirmação diagnóstica depende da biópsia e do imunofenótipo característico. A evolução imagiológica atípica observada reforça a necessidade de considerar TFS perante lesões pulmonares incomuns, sobretudo em doentes com fatores de risco respiratórios.

Conclusão: O TFS deve integrar o diagnóstico diferencial de lesões pulmonares atípicas que mimetizam infeção ou malignidade. A integração da imagiologia, histologia e imunohistoquímica é fundamental para o diagnóstico e orientação terapêutica.

PO 123

UM ACHADO DESAFIANTE NO JOVEM ADULTO

Ingrid Mora; Jéssica Chaves; Luis Marote;
Carolina Gonçalves; Rita De Almeida
Hospital Nélío Mendonça

Introdução: Os tumores do mediastino posterior são raros e frequentemente de origem neurogênica. A caracterização pré-operatória pode ser limitada, tornando o diagnóstico definitivo dependente da abordagem cirúrgica e do estudo histológico.

Caso clínico: Homem de 22 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual, recorre ao serviço de urgência por dor torácica tipo picada à esquerda, sem parestesias ou défices neurológicos. Ao exame Objetivo encontrava-se eupneico, com boas saturações periféricas, hemodinamicamente estável e sem alterações à auscultação.

Análiticamente apresentava leucocitose $11\ 300/\mu\text{L}$, neutrofilia $8,2 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina $10,9\text{ g/dL}$ e PCR $49,7\text{ mg/L}$. A radiografia torácica revelou hipotransparência paracardíaca basal esquerda.

Foi realizada tomografia torácica, que evidenciou massa paravertebral esquerda, extrapleural, entre D6–D11, com mais de 11 cm no maior eixo, lobulada, com captação heterogênea de contraste, focos de gordura e relação íntima com estruturas nervosas.

O doente foi avaliado por cirurgia cardiotorácica e submetido a ressecção vídeo-assistida por porta única, com remoção completa da lesão, sem intercorrências. O estudo anatomopatológico revelou ganglioneuroma. O doente mantém seguimento anual, com tomografias de controlo sem recidiva. Encontra-se clinicamente estável, sem queixas pleuro-pulmonares e sem alterações ao exame Objetivo.

Discussão: A distinção entre tumores benignos e malignos do mediastino posterior pode ser difícil apenas com imagiologia, sobretudo em massas volumosas com características heterogêneas. A abordagem cirúrgica é frequentemente necessária para diagnóstico e tratamento, permitindo a confirmação histológica. O ganglioneuroma, embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massas paravertebrais em adultos jovens.

Conclusão: Este caso ilustra a importância da avaliação multidisciplinar e da ressecção cirúrgica na caracterização de tumores do mediastino posterior. O diagnóstico definitivo de ganglioneuroma permitiu tratamento curativo e seguimento adequado, com evolução favorável.

PO 124

INVESTIGAÇÃO DE LESÕES CEREBRAIS NA MULHER JOVEM

Ingrid Mora; Jéssica Chaves; Luís Marote;
Carolina Gonçalves; Rita De Almeida
Hospital Nélío Mendonça

Introdução: A presença de múltiplas lesões cerebrais hiperdensas sem edema associado constitui um desafio diagnóstico, podendo corresponder a etiologia tumoral, infecciosa ou vascular.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, não fumadora, recorre ao serviço de urgência por lipotimia e incapacidade de manter ortostatismo. Referia astenia, e tosse irritativa no mês anterior. Ao exame Objetivo apresentava estabilidade hemodinâmica, sem défices neurológicos focais, com intolerância marcada ao ortostatismo e marcha hipocinética. Fundo de olho sem alterações patológicas.

Análiticamente: leucocitose $14\ 800/\mu\text{L}$, neutrofilia $13\ 110/\mu\text{L}$, hemoglobina $15,4\text{ g/dL}$, LDH 300 U/L , PCR $3,43\text{ mg/L}$.

A Tomografia crânio-encefálica revelou lesões intra-axiais supratentoriais, infra-centimétricas, hiperdensas e sugestivas de calcificação, e uma lesão tumefacta talâmica direita (18 mm), sem edema perilesional.

A ressonância magnética cerebral mostrou lesões expansivas supra e infratentoriais, ovaladas, com realce anelar. Lesão talâmica direita e intertalâmica com componente de hemosiderina e ligeiro edema vasogénico, sem efeito de massa significativo.

A TC toraco-abdomino-pélvica revelou massa espiculada no pulmão direito ($4 \times 3,3\text{ cm}$), micronodulação perilinfática compatível com linfangite carcinomatosa, adenopatias mediastínicas e derrame pleural direito.

A biópsia pulmonar revelou adenocarcinoma pulmonar, com expressão TTF-1 positiva e negativa para EGFR, IDH1, ALK, ROS1, RET, MET.

A doente foi referenciada para cuidados paliativos, com deterioração clínica progressiva, desenvolvendo fotofobia e disfagia para sólidos e líquidos.

Discussão: A coexistência de múltiplas lesões cerebrais calcificadas e uma massa pulmonar espiculada levanta forte suspeita de doença sistémica. A heterogeneidade das lesões e a ausência de edema tornam o diagnóstico diferencial amplo, exigindo integração de imagiologia avançada e estudo histológico. A imunohistoquímica e o perfil molecular foram determinantes para confirmar adenocarcinoma pulmonar avançado.

Conclusão: A presença de lesões cerebrais múltiplas hiperdensas deve motivar investigação abrangente. A combinação de imagiologia e histologia permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar metastizado, orientando a doente para cuidados paliativos adequados.

PO 125

ENFARTE ESPLÊNICO POR HIPÓXIA EM ALTITUDE: UMA COMPLICAÇÃO RARA DO TRAÇO FALCIFORME

Ana Abade; Pedro Teixeira Vaz; Susana Coelho;
Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: Em regra o traço falciforme é uma anomalia assintomática. Contudo, em determinados contextos de hipóxia, como exposição a elevada altitude ou exercício anaeróbico, pode ocorrer polimerização da hemoglobina S (Hbs), falciformização eritrocitária e eventos vaso-oclusivos raros, como o enfarte esplênico.

Caso clínico: Homem de 40 anos, melanodérmico, com diagnóstico conhecido de traço falciforme, regressado de Angola, recorreu ao serviço de urgência 2 dias depois da chegada a Portugal, por dor no hipocôndrio esquerdo, febre (38°C), anorexia, náuseas e vômitos com 24 horas de evolução.

Analiticamente: leucócitos 6620/uL (78,4% neutrófilos), plaquetas 52000/uL, PCR 14,31 mg/dL e LDH 548 UI/L. Pesquisa de antígeno e DNA de *Plasmodium* e exames culturais negativos. A Tomografia Computadorizada abdomino-pélvica evidenciou enfartes esplênicos periféricos subcapsulares, envolvendo cerca de 25% do volume esplênico, sem rotura capsular ou complicações associadas. O estudo das hemoglobinas confirmou heterozigotia HbAS (concentração de HbS 40,8%). O ecocardiograma transesofágico não evidenciou vegetações valvulares.

Estabeleceu-se o diagnóstico de enfarte esplênico no contexto de traço falciforme, precipitado por hipóxia associada a voo recente em avião comercial. Teve alta ao 4º dia de internamento com analgesia em SOS e seguimento em Hematologia e Medicina Interna.

Discussão: Embora rara, esta entidade demonstra que o traço falciforme não é invariavelmente benigno, podendo o enfarte esplênico constituir a sua primeira manifestação clínica em contexto de hipóxia. Nos casos publicados, valores de HbS $\geq 40\%$, como era o caso do nosso doente, parecem associar-se a maior suscetibilidade. Perante dor abdominal aguda após exposição a altitude, deve manter-se elevada suspeição clínica, a fim de evitar atraso no diagnóstico e potenciais complicações graves.

PO 126

MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DA DOENÇA DE LYME

Maria João B. Marques; Patrícia De Oliveira Saraiva;
Micael Pompermayer; Francisco Corte-Real; Paulina Mariano;
Maria Eugénia André

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A doença de Lyme é uma infeção bacteriana multissistémica. O agente responsável é a *Borrelia Burgdorferi*, transmitida ao homem pela picada de caracra. O envolvimento cardíaco é incomum e manifesta-se predominantemente sob a forma de distúrbios de

condução. A pericardite e o derrame pericárdico são manifestações raras da doença, podendo constituir um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 89 anos, com antecedentes de doença renal crônica multifatorial e cardiopatia isquémica, foi avaliado em hospital de dia por agravamento do cansaço. No estudo inicial, a radiografia de tórax evidenciou cardiomegalia e o ecocardiograma transtorácico revelou derrame pericárdico de moderado volume (16 mm). Foi internado no serviço de Nefrologia para estudo. Foram excluídas causas autoimunes e neoplásicas. A serologia para microrganismos atípicos estava em curso. Por estabilidade clínica teve alta para consulta externa.

Cerca de um mês depois, recorreu novamente ao serviço de urgência por dor torácica e dispneia para pequenos esforços. Internado no serviço de Medicina Interna, evoluiu rapidamente com falência respiratória e foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos. Foi realizada pericardiocentese urgente, com drenagem de 2400 mL de líquido sero-hemático. A serologia resultou positiva para *Borrelia Burgdorferi*. Assim, cumpriu antibioterapia com ceftriaxona durante 14 dias, com melhoria clínica e resolução completa do derrame pericárdico, sem recorrência.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação rara da doença de Lyme. A exclusão de outras etiologias, associada à resposta favorável à antibioterapia dirigida, sustenta a hipótese de doença de Lyme como causa do derrame pericárdico.

PO 127

STENT URETERAL ASSOCIADO A ESPONDILODISCITE: UMA COMPLICAÇÃO RARA E COMPLEXA

Maria Amélia Antunes; Catarina Campos Ventura;
Dora Lameiras Xete

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A espondilodiscite é a infeção do disco intervertebral e corpos vertebrais adjacentes, que ocorre sobretudo por disseminação hematogénica. O diagnóstico precoce é crucial para prevenir défices neurológicos potencialmente irreversíveis.

Caso clínico: Mulher, 67 anos, com internamento prévio por urossépsis a *Escherichia coli* em contexto de uropatia obstrutiva litiasica aguda, com colocação de stent ureteral. Admitida após 1 mês por dorsolombalgia incapacitante com irradiação aos membros inferiores, febre e dor suprapúbica. Analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios e leucocitúria. UroTC com alterações relacionadas com pielonefrite aguda. Iniciou cefuroxima conforme urocultura mais recente. Uroculturas inicialmente com *Candida glabrata*, subsequentes negativas. As hemoculturas isolaram *E.coli*. No internamento, manteve febre e lombalgia com necessidade de opióides, surgindo paraparesia assimétrica dos membros inferiores de novo. A TC da coluna

revelou erosão do corpo vertebral L2 com componente paravertebral e compromisso radicular. A RM da coluna confirmou espondilodiscite L2-L3 e compressão das raízes da cauda equina. Intervencionada pela Neurocirurgia com laminectomia e descompressão do canal e pela Urologia com substituição do stent. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia dirigida com ceftriaxone EV, com melhoria clínica e analítica. A RM de reavaliação revelou fratura L1 de novo e persistência de alterações infecciosas em L2-L3. Completou mais 4 semanas de amoxicilina oral. Teve alta para unidade de reabilitação, verificando-se recuperação funcional total.

Discussão: Apresenta-se uma associação rara entre espondilodiscite e bacteriemia em contexto de stent ureteral. Embora a lombalgia seja comum após colocação de stent ureteral, com febre mantida deve levantar a suspeita de espondilodiscite. Este caso realça o impacto prognóstico de uma intervenção precoce, sendo o controlo de foco infeccioso, a antibioterapia dirigida e descompressão cirúrgica determinantes.

PO 128

LESÃO DE DIEULAFOY DE LOCALIZAÇÃO DUODENAL

Maria Amélia Antunes; Catarina Campos Ventura;
Dora Lameiras Xete

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A lesão de Dieulafoy é uma malformação vascular que se caracteriza por uma arteríola submucosa aberrante com dilatação anormal do calibre que causa erosão na mucosa gastrointestinal, sendo uma causa incomum de hemorragia gastrointestinal (1-2%), mas potencialmente fatal.

Caso clínico: Homem, 64 anos, ex-fumador, com antecedentes de fibrilação auricular e cardiopatia isquémica, submetido a angioplastia coronária com colocação de stent há 1 mês, medicado com edoxabano e clopidogrel, após ter cumprido 2 semanas de terapêutica tripla, hipertensão arterial e dislipidémia. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor pré-cordial e agravamento do cansaço para pequenos esforços desde há 3 dias. Referiu ainda, dejeções pretas. À admissão apresentava-se pálido, hemodinamicamente estável, sem outras alterações ao exame Objetivo. Analiticamente, salienta-se anemia normocítica normocrómica (Hb 6.9 g/dL, VGM 86.4 fL, HGM 29 pg), ureia 55 mg/dL, troponina e estudo da anemia normais. O eletrocardiograma não apresentava alterações de novo. Realizou suporte transfusional e bólus de inibidor da bomba de prótons. Suspendeu anticoagulação. Realizou endoscopia digestiva alta após 24h, que revelou lesão compatível com Dieulafoy ao nível da parede antero-superior de D2 do duodeno, procedendo-se à colocação de clips com bom controlo hemostático. Após 48 horas retomou anticoagulação e antiagregação, mantendo-se clinicamente estável, sem perdas hemáticas subsequentes e com hemoglobina estável.

Discussão: A localização mais frequente da lesão de Dieulafoy é gástrica (70%), podendo ocorrer noutras localizações, nomeadamente no duodeno. Importa reconhecer esta distribuição, uma vez que, pela sua pequena dimensão e carácter intermitente da hemorragia, estas lesões podem passar despercebidas. No presente caso, a identificação atempada e o controlo hemostático endoscópico permitiram a reintrodução precoce da anticoagulação num doente com elevado risco trombótico.

PO 129

DRUG-INDUCED LIVER INJURY (DILI) A AMOXICILINA-ÁCIDO CLAVULÂNICO

Maria Amélia Antunes; Maria Leonor Vicente;
Dora Lameiras Xete

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: Drug-Induced Liver Injury (DILI) representa um desafio diagnóstico pelos achados clínicos heterogéneos e inespecíficos, exigindo elevado grau de suspeição, com exclusão de outras causas, revisão farmacológica e correlação temporal e causal.

Caso clínico: Mulher, 62 anos, antecedentes pessoais de asma e síndrome depressivo. Admitida por quadro com 1 mês de evolução de icterícia, perda ponderal de 5% e prurido. Referiu toma de amoxicilina-ácido clavulânico e início de sertralina 5 semanas antes. Negou consumo de álcool, paracetamol ou produtos de ervanária. Ao exame Objetivo, icterícia e abdómen globalmente doloroso à palpação profunda. Analiticamente, Hb 13.2 g/dL, plaquetas 243 000/uL, INR 1.0, Bil total 2.62 mg/dL, Bil direta 1.82 mg/dL, AST 251 U/L, ALT 342 U/L, GGT 193 U/L, FA 289 U/L. Ecografia e TC abdominal sem dilatação das vias biliares. Excluídas hepatites virais, doenças metabólicas, estudo autoimune e doseamento de imunoglobulinas negativos. Suspendeu a sertralina. Por prurido, iniciou ácido ursodesoxicólico e colestiramina. Para estudo do padrão citocolestático, realizou colangioRM, que não mostrou alterações de relevo. Teve alta, encaminhada à consulta de Gastrenterologia para estudo adicional com biópsia hepática - que revelou alterações do tipo biliar com sinais de colestase crónica. Excluídas outras causas, foi assumido o diagnóstico provável de DILI a amoxicilina-ácido clavulânico. A bilirrubina normalizou após 2 meses, mas manteve elevação dos parâmetros de colestase após 1 ano.

Discussão: A amoxicilina-ácido clavulânico é uma das causas mais frequentes de DILI, podendo os sintomas surgir até 8 semanas após exposição e a resolução analítica ocorrer aos 4-6 meses. Este caso evidencia uma evolução crónica, com persistência da colestase associada a um antibiótico, tão frequentemente utilizado, 1 ano após exposição. Destaca-se, ainda, a necessidade de exclusão de outros diagnósticos, por vezes com necessidade de realização de biópsia hepática.

PO 130

SÍNCOPE NUM DOENTE COM DISSEÇÃO AÓRTICA: QUANDO O ÓBVIO OCULTA O REFLEXO

Carolina Ribeiro Rodrigues; Pedro H. Mendonça; Leonor Neves; Mafalda Duarte; Fernando Aldomiro

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A síncope na disseção aórtica é classicamente um sinal de alarme, frequentemente associada a complicações fatais como tamponamento cardíaco, rotura ou hipoperfusão cerebral por envolvimento dos troncos supra-aórticos (TSA). Contudo, em doentes com patologia aórtica crónica complexa, a etiologia da síncope pode ser multifatorial, exigindo um diagnóstico diferencial rigoroso para evitar intervenções de alto risco desnecessárias.

Caso clínico: Homem de 59 anos, com antecedentes de disseção aórtica Stanford A (operada), complicada por AVC isquémico prévio. Recorreu à Urgência por episódio sincopal precedido de pródromos (tonturas e sudorese) e dor torácica. A ANGIO-TC revelou disseção extensa desde o arco aórtico às artérias ilíacas, com envolvimento dos TSA e da artéria carótida comum esquerda. Após discussão multidisciplinar com cirurgia cardiotorácica e vascular, confirmou-se a estabilidade das lesões e a natureza crónica/calcificada das estenoses face a exames prévios, o que permitiu prosseguir a investigação etiológica com segurança. Durante o internamento, apresentou défices neurológicos transitórios (Via Verde AVC), mas a TC-CE e angio-RM não revelaram novas lesões isquémicas. O ecocardiograma excluiu tamponamento ou disfunção valvular aguda. O Doppler carotídeo confirmou estenose >50% à esquerda, mas sem correlação hemodinâmica com os sintomas. Perante a estabilidade estrutural, realizou-se teste de tilt, que induziu síncope associada a hipotensão acentuada sem bradicardia, compatível com síncope reflexa vasodepressora. O doente teve alta com medidas conservadoras e otimização da volémia.

Discussão: Este caso destaca o “paradoxo diagnóstico” em doentes com anatomia vascular severamente alterada. A presença de uma disseção extensa e envolvimento de TSA constitui um forte viés de confirmação para causas isquémicas. Contudo, a estabilidade das lesões e a presença de pródromos sugeriram uma etiologia funcional. A abordagem estruturada e a colaboração entre especialidades permitiram o diagnóstico de uma patologia benigna (síncope reflexa), evitando procedimentos cirúrgicos ou endovasculares de elevado risco num território vascular já fragilizado.

PO 131

UMA CAUSA RARA DE AVC ISQUÉMICO

Ana Rita Belo Afonso; João Cruz Cardoso; Sara Sintra; Raquel David; Maria Eugénia André
Hospital Amato Lusitano

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) podem ter causas raras, uma das quais a doença de Moyamoya. Caracteriza-se por estenose da porção intracraniana da artéria carótida interna ou dos vasos do polígono de Willis, com formação de pequenos colaterais na base do crânio, podendo resultar em AVC isquémico por oclusão ou hemorrágico por rutura dos colaterais. Homem de 63 anos, recorre ao Serviço de Urgência por alteração da linguagem, défice de força à direita e assimetria facial, última vez visto bem na noite anterior. Antecedentes de hipertensão arterial. Ao exame físico: afasia de expressão, paresia facial central direita, hemiparesia direita grau 2/5, NIHSS 16, normotenso, apirético, glicemia 107 mg/dL, plaquetas 132000/μL, INR 1. ECG em ritmo sinusal, TC de crânio com hipodensidades lenticulo-capsulares posteriores e angio-TC de crânio e vasos do pescoço com estenose crítica do segmento M1 de ambas as ACM, com preenchimento por contraste nos segmentos mais distais, com expressivas artérias lenticulo-estriadas, sugerindo padrão vascular tipo Moyamoya. fibrinólise não realizada por tempo de evolução superior a 10h, sem indicação para trombectomia por não haver oclusão de grande vaso.

Ficou internado na Unidade de AVC, medicado com clopidogrel 75 mg e rosuvastatina 40 mg. Angio-RM de crânio e pescoço com enfarte isquémico agudo no território da ACM esquerda, estenose suboclusiva no segmento M1 da ACM direita com pequenos ramos colaterais a jusante em padrão de “nuvem de fumo”, confirmou o diagnóstico. NIHSS 14 à data de alta, com melhoria da afasia, mantendo restantes défices neurológicos.

A doença de Moyamoya é uma doença rara, progressiva, recorrente sob a forma de AVC isquémico ou hemorrágico e com mau prognóstico, tendo implicações terapêuticas, nomeadamente eventual indicação para revascularização cirúrgica. Pode estar associada a algumas patologias sistémicas que constituem a síndrome de Moyamoya, com implicações terapêuticas.

PO 132

LINFHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA A LINFOMA DE CÉLULAS B

Maria Amélia Antunes; Maria Leonor Vicente; Dora Lameiras Xete
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A linfocitose hemofagocítica (LHH) é um síndrome de hiperativação imune raro e potencialmente fatal. A sua raridade, apresentação clínica variável e inespecificidade de achados clínicos e laboratoriais dificultam o seu reconhecimento precoce, comprometendo o prognóstico.

Caso clínico: Homem, 66 anos, história de 2 episódios de AVC isquêmico. Admitido por perda ponderal significativa de 20kg em 10 meses e fraqueza muscular progressiva com declínio da autonomia nas últimas semanas. Apresentava-se hipotenso, polipneico e em anasarca. Analiticamente destacava-se anemia hemolítica não imune, trombocitopenia, prolongamento do INR, aumento da LDH, GGT e FA, ferritina 7784 ng/mL, triglicéridos 190 mg/dL, fibrinogênio 1.31 g/L, AST 91 U/L, e hiperlactacidemia. Sem alterações no esfregaço de sangue periférico. Na TC abdominopélvica destacaram-se adenopatias lombo-aórticas “em manga”, já descritas desde há 5 anos, esplenomegália e alterações vertebrais sugestivas de hematopoiese extra-medular. Durante o internamento, manteve picos febris ($T < 38.5^{\circ}\text{C}$). Iniciou antibioterapia empírica após colheita de culturas. As hemoculturas, as serologias HIV, EBV e CMV, o estudo de hepatites virais, metabólicas e autoimune, e a PCR de *Mycobacterium tuberculosis* em sangue periférico foram negativos. Calculado H-Score 70-80% de probabilidade de síndrome hemofagocítico. Iniciou corticoterapia, mas sem resposta clínica. O mielograma e biópsia óssea iniciais foram inconclusivos, mas a repetição revelou linfoma de células B de alto grau. Evoluiu com agravamento progressivo do estado neurológico, acabando por falecer. **Discussão:** Este caso ilustra a complexidade da LHH precipitada por uma doença linfoproliferativa, culminando num desfecho fatal. Destaca-se como um importante diagnóstico diferencial de sépsis, distinguindo-se pela presença de hiperferritinemia acentuada. Perante elevada suspeição, o H-Score constitui uma ferramenta fundamental na estratificação da probabilidade clínica, permitindo o início rápido de terapêutica dirigida à causa e à LHH.

PO 133

MONONUCLEOSE INFECCIOSA EM JOVEM ADULTO COM ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA

Daniel Veiga; Anna Knoch; Tiago Alves; Baltazar Oliveira; Volodymyr Nagirnyak; Beatriz Lopes; Marta Amaro; Mariana Alves; Isabel Martins

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

A mononucleose infecciosa é uma infeção frequente, assumindo um maior grau de gravidade na população com esferocitose hereditária, podendo levar a hemólise exacerbada, enfarte esplênico e em casos mais graves insuficiência medular.

Retrata-se um caso de um adulto de 28 anos, com antecedentes de esferocitose hereditária, esplenectomizado em criança e submetido a colecistectomia algumas semanas antes, que recorreu à urgência, pela segunda vez, por odinofagia, rinorreia, astenia e febre com 3 dias de evolução. À admissão constatou-se febre, orofaringe ruborizada, amígdalas supurativas e adenopatias cervicais palpáveis bilateralmente,

móveis e dolorosas. Analiticamente com leucocitose de 54130/uL; linfócitos 72%; FA 264 U/L; GGT 382 U/L; AST 343 U/L; ALT 620 U/L; PCR 1,87mg/dL; LDH 824U/L. A tomografia computadorizada (TC) documentou hipertrofia das amígdalas palatinas e do tecido linfóide da nasofaringe a condicionar redução do calibre da via aérea nasofaríngea. Do restante estudo laboratorial salientam-se hemoglobina normal, anticorpos do vírus EpsteinBarr positivos e hiperbilirrubinemia mista de cerca de 5mg/dL. Por persistência sintomática foi admitida sobreinfecção bacteriana, tendo, após discussão com Otorrinolaringologia, iniciado ceftriaxone e clindamicina empíricos. Por agravamento clínico, o caso foi rediscutido, e iniciou metilprednisolona 1mg/kg/dia e manteve vigilância. Constatou-se controlo sintomático progressivo e normalização dos valores analíticos.

O presente caso ilustra uma forma exuberante de mononucleose infecciosa com compromisso da via aérea e hemólise exacerbada num adulto com esferocitose hereditária, com excelente resposta à corticoterapia. A infeção pelo vírus EpsteinBarr está também associada, nos doentes com esferocitose hereditária, a crises aplásicas com insuficiência medular e pancitopenias graves que embora temporárias são ameaçadoras de vida.

PO 134

ADENOMEGALIAS PERIFÉRICAS: RELATO DE UM CASO COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA

Marta Silva Serra¹; Tatiana Rodrigues²

¹IPO Coimbra; ²ULS Região de Aveiro

Introdução: A presença de adenomegalias palpáveis no exame Objetivo constitui um achado clínico relevante que exige investigação etiológica. O seu aumento progressivo, sobretudo quando associado a síndrome constitucional, constitui sinal de alarme para doença sistémica, sendo a etiologia neoplásica uma das principais hipóteses diagnósticas.

Caso clínico: Homem de 72 anos, previamente autónomo e sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por perda ponderal de cerca de 20Kg em 3 meses, astenia, anorexia e adenomegalias cervicais, axilares e supraclaviculares bilaterais e indolores, com 6 meses de evolução. Analiticamente com anemia normocítica e normocrômica, elevação da fosfatase alcalina e da proteína C-reativa. A tomografia axial computadorizada evidenciou múltiplas adenopatias patológicas cervicais, axilares, celiacas, lomboaórticas e ilíacas, bem como um nódulo espiculado na língua pulmonar com 19 mm. A tomografia por emissão de positrões demonstrou hipercaptação ganglionar supra e infradiafragmática e envolvimento ósseo disseminado, sugestivos de doença neoplásica metastática. Realizou biópsia da medula óssea que sugeriu síndrome mielodisplásica. O diagnóstico histológico definitivo foi obtido por biópsia excisional de gânglio axilar, que revelou adenocarcinoma do pulmão, estadio IVB, após

correlação clínico-imagiológica. O paciente foi encaminhado para consulta de Oncologia Médica e de Cuidados Paliativos.

Discussão: Perante múltiplas adenomegalias, sem envolvimento hilar ou mediastínico, a hipótese de adenocarcinoma pulmonar pode não ser considerada de imediato, dado ser habitual esse envolvimento em doença avançada. Contudo, como este caso evidencia, a sua ausência não exclui o diagnóstico, revelando que o adenocarcinoma pulmonar avançado pode manifestar-se apenas com adenomegalias periféricas. Realça ainda a diversidade de formas de apresentação clínica de uma patologia e estabelece a importância da investigação sistemática de adenomegalias.

PO 135

HIPEREOSINOFILIA E TUMOR COMO CAUSAS POSSÍVEIS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL RECORRENTE

Joana Timóteo; Carmen Corzo; Sílvia Lourenço; Ana Revez; Luísa Rebocho

Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

A hipereosinofilia é causa rara de acidente vascular cerebral (AVC). Apresentamos o caso de doente com AVC e hipereosinofilia em contexto oncológico.

Homem, 68 anos, hipertenso, diabético e com dislipidémia. Medicado com Metformina, Telmisartan/Hidroclorotiazida, Atorvastatina, Propranolol e Rivaroxabano (iniciado 3 dias antes da admissão) por suspeita de trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores. Recorre à urgência por dificuldade da linguagem e desvio da comissura labial ao acordar. Observada disartria e paresia facial central esquerda (NIHSS 3), PA 154/72mmHg, FC 68bpm, SpO2 98%. Auscultação cardiopulmonar bem. Exames: Leucocitose 23800 (16400 neutrófilos e 4400 eosinófilos), INR 1.33, PCR 3.9mg/dL, D-Dímero 37,5ug/L. Eletrocardiograma em ritmo sinusal sem isquemia. A angio tomografia crânio-encefálica (CE) excluiu doença vascular aguda, estenose ou oclusão de grande vaso. Por hipereosinofilia e suspeita de TVP fez tomografia de tórax e abdómen que excluiu embolia pulmonar e identificou lesão ocupante de espaço (LOE) hepática. Foi internado anticoagulado com heparina de baixo peso molecular (HBPM). Fez ressonância magnética RM-CE: lesões isquémicas em múltiplos territórios. RM de abdómen: lesão sólida sugestiva de colangiocarcinoma intra-hepático. Alta com m-rankin 1 e NIHSS 2, hipocoagulado e com biopsia hepática programada. Re-internado 3 dias depois com diminuição da força do hemisfério esquerdo. Repete RM-CE: enfarte recente do ramo cortical da artéria cerebral média direita, e cerebelosos bilaterais e parietais posteriores. Manteve hipereosinofilia. Ecocardiograma transesofágico sem fonte embólica. Biopsia hepática em espera de resultado. Manteve-se anticoagulado com HBPM com estabilidade.

A tríade eosinofilia, AVC recorrente e situação oncológica é uma apresentação rara mas de grande significado clínico, sugerindo ligação entre inflamação crónica, estado de hipercoagulabilidade e aumento do risco trombótico.

PO 136

APRESENTAÇÃO INICIAL RARA DE NEOPLASIA SÓLIDA

João Francisco Abrantes; Margarida Sá Machado; Camila Huertas Torres; Hugo Morais Cecílio; Lígia Peixoto; Daniel Gomes

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A hemoptise é uma manifestação clínica habitualmente associada a patologia respiratória ou vascular pulmonar. A sua ocorrência em contexto de coagulação intravascular disseminada (CID) como primeira manifestação de neoplasia sólida é rara e representa um desafio diagnóstico significativo, sendo a sua identificação precoce crucial dada a elevada morbimortalidade associada.

Caso clínico: Mulher, 41 anos, caucasiana, hospedeira de bordo, sem antecedentes de relevo. Por quadro clínico de tosse seca com dor torácica anterior de características pleuríticas, com 3 meses de evolução, refratária a antibioterapia empírica, anti-histamínicos e corticoterapia sistémica, foi realizada, em ambulatório, avaliação radiológica torácica (Tomografia Computorizada-Tórax) que evidenciou nódulos pulmonares em vidro despolido dispersos, não confirmados em videobroncofibroscopia. Dois dias depois, por quadro de hemoptises em moderado volume e hematomas dispersos, substanciados em avaliação analítica sugestiva de CID, é admitida a internamento na Unidade de Cuidados Intensivos. Realizado suporte terapêutico e complementada avaliação laboratorial e radiológica, revelando-se lesão única hepática, sem clara evidência de etiologia. Por bicitopenia de novo, realizada biópsia osteomedular sugestiva de infiltração medular de neoplasia com características sugestivas de origem gastrointestinal. Iniciou quimioterapia com correção completa de CID e hemoptises em 48 horas. Após estabilização hemodinâmica e transferência para o Serviço de Medicina Interna, foi realizada endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas que confirmaram origem primária neoplásica.

Discussão: Este caso ilustra a apresentação atípica e agressiva de neoplasia gástrica, manifestada inicialmente por hemoptise em contexto de CID e infiltração medular. Destaca-se a importância de considerar etiologia neoplásica oculta perante CID inexplicada, bicitopenia de novo ou manifestações hemorrágicas sem foco evidente.

PO 137

SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS HIPERMÓVEL: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS NUMA DOENTE JOVEM

Rita De Almeida; Cláudio Gouveia; Ingrid Mora; Carolina Gonçalves; Teresa Faria

Hospital Central do Funchal

Introdução: A síndrome de Ehlers-Danlos hiper móvel (SEDh) é uma doença hereditária do tecido conjuntivo, caracterizada por hiper mobilidade articular generalizada, dor musculoesquelética crónica e envolvimento sistémico heterogéneo, incluindo disfunção autonómica e alterações vasculares. Ao contrário de outras variantes, não existe marcador molecular identificado, sendo o diagnóstico exclusivamente clínico. A associação a síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS) e a insuficiência venosa crónica está descrita e contribui para morbilidade significativa.

Caso clínico: Mulher de 35 anos, com antecedentes de asma e rinite alérgica e história familiar de miocardiopatia dilatada em familiar de 1.º grau. Desde a infância apresenta hiper mobilidade articular marcada, luxações recorrentes e dor musculoesquelética crónica, tendo sido submetida a cirurgia bilateral aos joelhos por instabilidade. Refere refluxo gastroesofágico, equimoses frequentes, cicatrizes atróficas e tonturas posturais com lipotímias.

Cumprir o critério 1 (Beighton 9/9). No critério 2 verifica-se cumprimento das alíneas A e C: ≥ 5 características sistémicas de fragilidade do tecido conjuntivo (pele suave, estrias não associadas a variação ponderal, cicatrizes atróficas múltiplas, aracnodactilia bilateral documentada por sinais de Walker e Steinberg positivos e apinhamento dentário) e dor musculoesquelética crónica (>3 meses) envolvendo múltiplos segmentos, com instabilidade articular e luxações recorrentes sem trauma significativo.

O critério 3 foi cumprido mediante exclusão de diagnósticos alternativos: estudo imunológico negativo (fator reumatoide negativo; complemento C3 e C4 normais) e estudo genético sem variantes patogénicas. O ecocardiograma excluiu dilatação da raiz da aorta.

Apresentava intolerância ortostática compatível com POTS, com melhoria sob midodrina e suplementação salina. Avaliação por Cirurgia Vascular documentou insuficiência venosa significativa.

Conclusão: O caso evidencia expressão multissistémica de SED hiper móvel, confirmada pela aplicação rigorosa dos critérios diagnósticos. O reconhecimento precoce permite seguimento multidisciplinar dirigido e melhoria funcional.

PO 138

UMA COMPLICAÇÃO RARA OU RARAMENTE RECONHECIDA

João Francisco Abrantes; Camila Huertas Torres; Hugo Morais Cecílio; Juliana Rochate; Lígia Peixoto

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A eritrocitose induzida por inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT2) é um efeito adverso potencialmente subvalorizado, decorrente da hemoconcentração e da estimulação subsequente da eritropoiese, podendo resultar na elevação significativa de hemoglobina e hematócrito.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, caucasiana, autónoma nas atividades de vida diária, não fumadora com diagnósticos prévios de lúpus eritematoso sistémico, diabetes de tipo 2, dislipidemia, esteatose hepática não alcoólica, obesidade grau I e estado após acidente vascular cerebral isquémico iatrogénico (contexto de hiperviscosidade induzida por imunoglobulina humana, sem déficits neurológicos sequelares). Achado laboratorial de eritrocitose (Hemoglobina (Hb) 17,5 g/dL e Hematócrito (Htc) 52,2%), em doente com eritropoietina sérica dentro dos valores de referência e mutação JAK2 ausente. Realizada revisão terapêutica e cronológica, com introdução de iSGLT2 três meses precedente à eritrocitose e com resolução da mesma após a sua exclusão na medicação habitual (Hb 14,9g/dL e Htc 43.7%). Nega sintomatologia sugestiva de quadro consumptivo, síndrome apneia obstrutiva do sono, viagens recentes a sítios de elevada altitude ou consumo de anabolizantes. Sem achados de relevo em estudo radiológico.

Discussão: A eritrocitose associada a iSGLT2 deve ser considerada em doentes sob esta terapêutica que apresentem aumento inexplicado dos parâmetros eritrocitários, após exclusão de causas primárias e secundárias de policitemia. O reconhecimento precoce é crucial, dado o potencial aumento do risco trombótico e orientação clínico-terapêutica.

PO 139

HEPATITE AUTOIMUNE COLESTÁTICA COM HIPERTENSÃO PORTAL E BOA RESPOSTA TERAPÊUTICA DURANTE A GESTAÇÃO

Isabela Gontijo De Oliveira¹; Rafael Fernandes Eleuterio²; Gabriella Costa Campos³; Manuela Sanches Mandel⁴

¹ Santa Casa De Misericórdia São Sebastião Do Paraíso; ² Hospital Municipal Dr Moysés Deutsch - M'boi Mirim; ³ Santa Casa De Misericórdia São Sebastião Do Paraíso; ⁴ Hospital Municipal Dr Moysés Deutsch - M'boi Mirim

Introdução: A hepatite autoimune (HAI) é uma hepatopatia inflamatória crónica imunomediada caracterizada pela perda da autotolerância hepática e produção de autoanticorpos, tendo como consequência a necroinflamação progressiva e risco de desenvolver cirrose, fibrose e insuficiência hepática. É uma doença mais comum

no sexo feminino, de caráter heterogêneo que alterna entre formas assintomáticas e falência hepática. Para o diagnóstico é necessário reunir dados clínicos, laboratoriais e histológicos. Apesar da forma hepatocelular, pode manifestar-se com padrões atípicos, como colestase ou síndromes de sobreposição, dificultando o diagnóstico e a terapêutica. A abordagem exige introdução da imunossupressão, controle das complicações e individualizar as particularidades, nesse caso a gestação, que requer monitoramento específico.

Caso clínico: Mulher, 28 anos, previamente hígida, com relato de plaquetopenia desde 2018 associada a discreta elevação de transaminases. Em 2025, contraiu o vírus da dengue, apresentando piora laboratorial com padrão hepatocelular e colestatóico. Iniciado investigação complementar com exames sugerindo hepatopatia crônica com hipertensão portal. Foi indicado realizar biópsia hepática que confirmou hepatite autoimune com fibrose avançada. Após iniciar tratamento imunossupressor, evoluiu com resposta bioquímica expressiva e sustentada mesmo durante o período gestacional.

Discussão: A forma colestatóica da hepatite autoimune é rara e pode ser confundida com colangiopatias, exigindo biópsia para melhor elucidação do diagnóstico. Nesse caso, apesar do exame de imagem sugerir colangite, a histologia confirmou HAI com boa resposta ao tratamento imunossupressor. A plaquetopenia prévia indicava hipertensão portal subclínica. Esse caso destaca a importância de investigar alterações laboratoriais e correlacionar a parte clínico-histológica.

PO 140

NEM TUDO SÃO PNEUMONIAS: UMA VASCULITE ANCA-MPO NO IDOSO

Ana Margarida Morgado; Giovanna Guida; Marques Cardoso; Joana Lopo; Rita Domingos; Ana Sara Monteiro; Ignacio Moreno
ULS Algarve- Faro

Introdução: As vasculites associadas a ANCA constituem um grupo de doenças sistêmicas potencialmente fatais, frequentemente caracterizadas por envolvimento renal e pulmonar, sendo a suspeita clínica precoce determinante para reduzir a morbidade e mortalidade associadas. A apresentação no idoso pode mimetizar patologia infecciosa ou cardiovascular, o que constitui um desafio diagnóstico relevante em Medicina Interna.

Caso clínico: Homem de 85 anos, previamente autônomo, internado por dispneia progressiva com dois meses de evolução, associada a tosse produtiva hemoptoica, dor torácica pleurítica, mialgias, anorexia e perda ponderal. Apresentava febre (38,1°C), necessidade de oxigenoterapia, crepitações pulmonares basais e edemas periféricos. Analiticamente destacava-se anemia normocítica (Hb 7,7 g/dL), insuficiência renal aguda (creatinina 3,4 mg/dL) e elevação dos marcadores inflamatórios (PCR 91 mg/L). O estudo imunológico revelou positividade para ANCA-MPO com anticorpos anti-MBG

negativos. O exame sumário de urina evidenciou hematuria e proteinúria. A tomografia computadorizada torácica mostrou infiltrados bilaterais com áreas de consolidação e vidro despolido, associados a derrame pleural, compatíveis com envolvimento inflamatório pulmonar. Foi estabelecido o diagnóstico de vasculite associada a ANCA, compatível com poliangeíte microscópica com envolvimento pulmão-rim. Iniciou pulsos com metilprednisolona seguidos de prednisolona oral, a ponderar terapêutica de indução com rituximab.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação típica de uma vasculite com envolvimento pulmonar e renal, entidade que deve ser considerada perante a associação de hemoptises, insuficiência renal e síndrome inflamatória. A idade avançada e a apresentação subaguda constituíram fatores confundidores, inicialmente sugestivos de infecção respiratória e descompensação cardíaca, no entanto a identificação de anticorpos ANCA-MPO permitiu o diagnóstico etiológico e a instituição precoce de terapêutica imunossupressora dirigida, potencialmente modificadora do prognóstico.

PO 141

INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL SECUNDÁRIA: O DESAFIO DE UM DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE HIPONATRÊMIA

Ana Rita Oliveira Tomás; Rita Vilar; Luísa Martinho Marques; Rafael Beja Cruz; Daniela Madeira; Susana Heitor
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A hiponatremia (hipoNa) é a alteração eletrolítica mais comum e a sua apresentação pode ser grave. Identificar e tratar a causa subjacente é crucial para um prognóstico favorável. Apresentamos o caso de um doente com hipoNa em contexto de insuficiência suprarrenal secundária (ISRS).

Homem de 84 anos, com hipertensão arterial, hipotireoidismo de etiologia não esclarecida, síncope em estudo e drenagem recente de abscesso perianal, medicado com perindopril, indapamida e levotiroxina. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, náuseas e vômitos. À admissão, tinha tensão arterial de 82/58mmHg, frequência cardíaca de 65bpm e discurso lentificado. Analiticamente com sódio (Na) 114mmol/L; potássio 4.8mmol/L, creatinina 1mg/dL; glicémia, proteínas séricas, perfil lipídico, bilirrubina e hormonas tiroideias normais. Osmolalidade plasmática 237 mOsmol/Kg e urinária 326 mOsmol/Kg e Na urinário 74 mmol/L. Assumiu-se hipoNa grave sintomática secundária a indapamida e foi suspenso o fármaco e iniciada fluidoterapia hipertónica. Apesar da terapêutica, Objetivou-se apenas ligeira melhoria clínica e analítica. Por suspeita de síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética iniciou restrição hídrica e ureia, sem melhoria. Foi alargado o estudo, do qual se destacou cortisol sérico diminuído, aldosterona normal e hormona adrenocorticotrófica no limite infe-

rior do normal; hormona luteinizante, foliculoestimulante, testosterona, prolactina, fator de crescimento I e hormona de crescimento muito baixas. Por evidência analítica de panhipopituitarismo, realizou ressonância magnética de crânio que mostrou redução exuberante da hipófise. O doente iniciou hidrocortisona com resolução total da hipoNa e sintomas associados e melhoria do perfil tensional. Ficou referenciado a consulta de endocrinologia para continuação do estudo.

A ISRS é uma doença rara, mas potencialmente fatal. O diagnóstico é desafiante dado o largo espectro de manifestações, só se tornando por vezes evidente perante um estímulo, por exemplo infeccioso, que desencadeie uma crise adrenal. Este caso reforça a importância de um elevado índice de suspeição e de uma abordagem etiológica sistemática da hipoNa, particularmente quando a evolução clínica é atípica ou refratária à terapêutica.

PO 142

LESÃO RENAL EM CONTEXTO DE VASCULITE ANCA: A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO

Ana Isabel Oliveira Ribeiro¹; Rui Duarte²; Marisa Roldão²; Cátia Figueiredo²; Inês Duarte²; Ivan Andrade²; Rachele Escoli²; Paulo Santos²

¹Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André; ²Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Introdução: As vasculites associadas a ANCA são causas relevantes de lesão renal rapidamente progressiva. O envolvimento multiorgânico, nomeadamente renal e pulmonar, pode dificultar o diagnóstico diferencial, particularmente em doentes com comorbilidades prévias.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, com doença renal crónica (DRC) em estudo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e asma grave, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e astenia. Analiticamente apresentava lesão renal aguda sobreposta a DRC e agravamento de anemia. O estudo revelou hematóproteínúria significativa e ANCA positivo, com títulos de anti-MPO de 149 U, assumindo-se envolvimento renal no contexto de vasculite associada a ANCA. Foi excluído envolvimento cardíaco por ressonância magnética cardíaca. A tomografia computadorizada torácica mostrou alterações compatíveis com pneumonia eosinofílica aguda, levantando suspeita de envolvimento pulmonar no espectro de granulomatose eosinofílica com poliangeíte, não confirmada histologicamente. Iniciou corticoterapia com metilprednisolona 500 mg durante 3 dias, seguida de prednisolona 1 mg/kg em esquema de redução, associada a rituximab, de acordo com evidência atual. Teve alta com discreta melhoria da função renal e débitos urinários mantidos. Reinternada em menos de um mês por intercorrência infecciosa e novo agravamento da função renal, no contexto de síndrome cardiorrenal e atividade vasculítica, tendo iniciado programa regular de hemodiálise.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica e terapêutica das vasculites ANCA, sobretudo em doentes com múltiplas comorbilidades. O reconhecimento precoce e a instituição atempada de terapêutica imunossupressora são fundamentais, embora nem sempre evitem progressão para doença renal terminal. Destaca-se ainda o desafio na distinção entre atividade vasculítica e descompensação cardiorrenal.

PO 143

NEM TUDO O QUE PARECE É - SERÁ AVC?

Carolina J.m. Teixeira; Rita Dos Santos Marques; Cláudia Fernandes; Ana Costa

Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Introdução: A neurosífilis pode surgir em qualquer estadió da doença sífilítica. Tem uma taxa de incidência mundial de 0,5 - 2.1 casos/ 100 000 habitantes. É mais frequente em homens e em infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). A neuroinvasão ocorre em até 40% das infeções sífilíticas mas, em cerca de 70% dos casos, há resolução sem que ocorram sintomas associados ao sistema nervoso central. Caracteriza-se em precoce (meningite sífilítica, sífilis meningovascular, sífilis ocular, otossífilis) e tardia - cada vez menos frequente. O diagnóstico é confirmado por punção lombar e realização de testes treponémicos e não treponémicos no líquido. O tratamento preconizado é a Penicilina G aquosa (24U/dia).

Caso clínico: Homem de 68 anos, casado, com antecedentes pessoais conhecidos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e obesidade. Encaminhado para a Enfermaria de Medicina Interna para estudo etiológico de acidente vascular cerebral (AVC) da artéria cerebral média direita. Queixas com 8 meses de evolução de diplopia binocular vertical intermitente e desequilíbrio da marcha. No dia em que recorreu ao Serviço de Urgência apresentava: diplopia binocular vertical, desequilíbrio com lateropulsão esquerda, disartria e hemiparesia facial esquerda com 3 horas de evolução. Dos exames complementares de diagnóstico: RPR 1/32; TPHA >1/10240; Teste treponémico IgM + IgG reativo e VIH negativo. Realizou punção lombar: Número de células nucleadas 85 cel/μL; Glicose 108mg/dL; Proteínas 197 mg/dL; Cloro 125mEq/L e VDRL reativo 1/16. Assumiu-se o diagnóstico de neurosífilis e completou 14 dias de penicilina com remissão das alterações neurológicas e oculares. Teve alta medicado com terapêutica dirigida aos fatores de risco cardiovasculares identificados e com indicação de reavaliação em consulta de Medicina Interna e Infecção.

Discussão: A neurosífilis corresponde a uma das causas reversíveis de demência. Um diagnóstico precoce e tratamento adequado evita consequências a longo prazo e manifestações tardias. É um diagnóstico cada vez menos frequente, o que implica um alto nível de suspeição clínica, que surge muitas vezes após a visualização

de um primeiro caso. Assim, trazemos este caso como alerta para que este diagnóstico faça parte dos diagnósticos diferenciais de AVC não apenas no jovem.

PO 144

MASSA MEDIASTÍNICA ANTERIOR EM DOENTE COM ANTECEDENTE DE TUMOR GERMINATIVO

Carla Costa; João Leão Lopes; Marta Pinto Almeida;
Julián Rodríguez; Beatriz Gonzaga; Nina Jancar
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A presença de massa mediastínica anterior em doente jovem com antecedente de tumor germinativo testicular sugere recidiva metastática. Contudo, essa associação pode enviesar o raciocínio clínico e atrasar o diagnóstico de uma segunda neoplasia primária. A confirmação histológica é determinante para adequada orientação terapêutica.

Caso clínico: Homem de 38 anos, com antecedente de tumor germinativo misto do testículo esquerdo submetido a orquidectomia radical (2015), recorre ao Serviço de Urgência por cansaço progressivo, dispneia para pequenos esforços e toracalgia posterior com semanas de evolução. Sem outras queixas. Ao exame Objetivo destacava-se apenas diminuição marcada do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. A radiografia torácica revelou volumoso derrame pleural esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou massa heterogênea no mediastino anterior, adenomegalias mediastínicas e derrame pleural com colapso quase completo do pulmão esquerdo. Por suspeita de recidiva do tumor testicular foram solicitados marcadores tumorais (beta-HCG e alfa-fetoproteína), que se encontravam dentro de valores normais. Realizou toracocentese evacuadora compatível com exsudado. Citologia negativa para células malignas. TC toraco-abdomino-pélvica confirmou adenopatias supra e infradiafragmáticas, sem lesão testicular. Perante ausência de evidência de recidiva tumoral e persistência de suspeita neoplásica, realizou biópsia pleural por videotoracoscopia. O exame anatomopatológico confirmou Linfoma Difuso de Grandes Células B Primário do Mediastino, tendo iniciado terapêutica dirigida com R-CHOP, contudo com progressão da doença, aguardando de momento terapêutica com CAR-T cells.

Discussão: Este caso evidencia que antecedentes oncológicos podem condicionar o diagnóstico. Perante massa mediastínica, a confirmação histológica é mandatória. A abordagem estruturada e o encaminhamento atempado permitiram redefinir o diagnóstico e orientar tratamento adequado.

PO 145

COAGULOPATIA INDUZIDA POR PEGASPARGINASE: ENTRE TROMBOSE E HEMORRAGIA

Carla Costa; João Leão Lopes; Marta Pinto Almeida;
Julián Rodríguez; Beatriz Gonzaga; Nina Jancar
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A pegasparginase é um fármaco fundamental no tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), mas associa-se a alterações significativas da hemostase, nomeadamente défice de antitrombina III, proteína C, proteína S e hipofibrinogenemia, podendo induzir um estado pró-trombótico paradoxal mesmo na presença de trombocitopenia. O reconhecimento precoce desta entidade é crucial pela morbilidade associada.

Caso clínico: Homem de 72 anos, com LLA pré-B em tratamento com pegasparginase, admitido por quadro confusional, disfagia, acalculia e dislexia. A TC crânio-encefálica revelou enfarte isquémico recente no território da artéria cerebral média direita (NIHSS 5), sem transformação hemorrágica. Do estudo etiológico do AVC salienta-se fibrilação auricular; por suspeita de coagulopatia realizado estudo analítico do qual se salienta trombocitopenia, hipofibrinogenemia, défice de antitrombina III, proteína S e proteína C, bem como défice de plasminogénio, com D-dímeros elevados. Foi assumida coagulopatia associada à pegasparginase como um dos prováveis mecanismos fisiopatológicos que contribuíram para o evento trombótico. Durante o internamento realizou reposição de fibrinogénio e antitrombina III, com melhoria laboratorial subsequente. A decisão de iniciar anticoagulação foi cuidadosamente ponderada face à trombocitopenia e ao AVC recente, iniciando-se após estabilização clínica e laboratorial.

Discussão: A pegasparginase induz redução de inibidores naturais da coagulação e de fibrinogénio, criando um estado simultaneamente pró-trombótico e hemorrágico. Este caso ilustra a complexidade do equilíbrio hemostático nestes doentes e a necessidade de monitorização sistemática dos fatores de coagulação, podendo ser necessário alterar a terapêutica oncodirigida em doentes selecionados.

PO 146

PNEUMOMEDIASTINO IDIOPÁTICO E CONSUMO DE CANNABIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR TORÁCICA

Carolina J.m. Teixeira; Rita Dos Santos Marques; Ana Costa
Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Introdução: O pneumomediastino corresponde à presença de ar no mediastino causada por causas intratorácicas, por exemplo trauma torácico ou extratorácicas como perfuração de víscera oca. Pode ocorrer no contexto de barotrauma ou manobra de valsalva forçada. O pneumomediastino espontâneo (PME) é pouco frequente, e habitualmente auto-limitado. Ocorre mais frequentemente em jovens adultos ou grávidas. Im-

porta o diagnóstico diferencial com outras condições ameaçadoras de vida, nomeadamente: tamponamento cardíaco, angina pectoris, dissecção da aorta ou tromboembolismo pulmonar. O diagnóstico faz-se por exame de imagem. Manifesta-se por dor torácica intensa, dispneia, rouquidão ou enfisema subcutâneo. O tratamento é habitualmente conservador.

Caso clínico: Mulher, 19 anos, sem antecedentes cirúrgicos. Diagnóstico de ansiedade sob escitalopram 10mg/dia. Consumo social de álcool e consumo ativo de cannabis (cerca de 3 cigarros/dia). Doente transferida de clínica privada por dor torácica anterior intermitente com 2 meses de evolução, agravada nos últimos 2 dias, descrita como “diferente do habitual” (comparativamente à ansiedade) e exacerbada pela inspiração. Negava febre, dispneia, tosse, trauma recente, esforços físicos ou queixas gastrointestinais. Objetivamente hemodinamicamente estável, magra, pele e mucosas descoradas. Auscultação cardiopulmonar e exame abdominal sem alterações. Exames laboratoriais (hemograma, PCR, troponina e D-dímeros) normais e teste de gravidez negativo. ECG normal. A Angio-TC de tórax excluiu tromboembolismo, revelando escassas bolhas gasosas no mediastino, com integridade do esófago e parênquima pulmonar. Após discussão multidisciplinar optou-se por estratégia conservadora, assumindo-se PME. Reforçada necessidade de cessação tabágica.

Discussão: O PME embora pouco frequente, é uma condição importante no diagnóstico diferencial de dor torácica no adulto jovem. No caso clínico apresentado, a etiologia idiopática é suportada pela ausência de traumas evidentes ou perfurações de vísceras. No entanto, destaca-se o consumo ativo de cannabis como um potencial fator precipitante. O consumo de cannabis envolve frequentemente manobras de inspiração profunda e Valsalva forçada, que podem causar barotrauma e consequente migração de ar para o mediastino.

PO 147

NEGATIVO, NEGATIVO... E MALÁRIA!

Beatriz Almeida; Joana Rua; Gabriela Da Silva; Presa Ramos
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Introdução: A malária mantém-se um desafio diagnóstico em países não endémicos, particularmente quando causada por espécies de baixa parasitemia, como *Plasmodium malariae*. A apresentação pode ser insidiosa, os testes iniciais repetidamente negativos e a evolução flutuante, atrasando o reconhecimento de uma infeção potencialmente grave.

Caso clínico: Homem de 52 anos, recorre ao Serviço de Urgência por febre e hipersudorese noturna, tosse seca e mialgias, após regresso de Angola há 15 dias. Ao exame objectivo salientava-se astenia marcada e hepatoesplenomegalia. Analiticamente com anemia, linfopenia e trombocitopenia, lesão hepática (padrão he-

patocelular), hiperbilirrubinémia à custa da bilirrubina indireta, LDH elevada, haptoglobina baixa e elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou rastreio séptico, incluindo painel de zoonoses e, dado o contexto epidemiológico, realizou pesquisa de *Plasmodium* por esfregaço de sangue periférico (ESP), repetido às 24 e 48 horas, e teste de antigénico específico — todos negativos. Excluídas hepatites víricas, HIV, CMV e EBV. Assumida anemia hemolítica em provável contexto de infeção vírica, tendo alta após apirexia sustentada. Em reavaliação posterior, por manutenção do quadro e pesquisa de plasmodium persistentemente negativa foi encaminhado para a consulta de hematologia para exclusão de outras causas de anemia hemolítica.

Três semanas depois, por se manter subfebril, asténico, lentificado e icterico, repetiu estudo de causas infecciosas incluindo malária e, apesar do antígeno permanecer negativo, foram observadas ao microscópio formas atípicas de *Plasmodium* — compatíveis com *Plasmodium malariae*. Iniciou tratamento dirigido e de suporte com melhoria clínica e analítica, com alta após 7 dias de internamento.

Discussão: A infeção por *P. malariae* pode cursar com parasitemia persistentemente baixa e testes de antígeno repetidamente negativos, necessitando da experiência do observador para o reconhecimento de formas atípicas no ESP. Este caso ilustra a dificuldade de diagnóstico de malária por formas atípicas, potencialmente graves, sendo particularmente importante a suspeita clínica e a experiência no diagnóstico desta patologia.

PO 148

ARTERITE LINFOCÍTICA TROMBOFÍLICA: UM ACHADO INCIDENTAL NO ESTUDO DE ADENOPATIAS

Carolina R. Oliveira; Carla Lemos Costa; Laura Oliveira Cainé; Beatriz Rosa; Alexandra Leitão; Paula Felgueiras
ULS Barcelos/Esposende

Introdução: A Arterite Linfocítica Trombofílica (ALT) é uma vasculite cutânea rara de vasos de médio calibre, caracterizada por livedo racemosa assintomático e persistente. Histologicamente, apresenta infiltrado predominantemente linfocitário, deposição concêntrica de fibrina intraluminal e preservação da lâmina elástica. É habitualmente benigno e indolente, distinguindo-se da Poliarterite Nodosa Cutânea pela ausência de infiltrado neutrofílico significativo, dor, nódulos ou ulceração. A distinção face a outras vasculites cutâneas é fundamental pela implicação prognóstica e terapêutica.

Caso clínico: Mulher de 25 anos, previamente saudável, referenciada à Consulta Externa de Medicina Interna por adenopatia axilar direita dolorosa. A ecografia revelou múltiplos gânglios aumentados, e a biópsia aspirativa demonstrou linfadenite reativa, sem critérios de malignidade. No decurso da avaliação clínica sistematizada, foi identificado padrão livedoide nos membros inferiores, presente desde a adolescência, com

exacerbação térmica, sem dor, ulceração ou sintomas sistêmicos. Negava fenômeno de Raynaud, artralgias ou aftose. O estudo imunológico revelou ANA 1/80 e ANCA atípico 1/160 (PR3 e MPO negativos), sem outras alterações. O rastreio de síndrome antifosfolípide e trombofilias foi negativo. A biópsia cutânea evidenciou arteriola de pequeno/médio calibre com infiltrado linfocitário denso na parede vascular, deposição concêntrica de fibrina formando anel hialinizado e focos de trombose com recanalização, com preservação da lâmina elástica – achados compatíveis com ALT. Perante a ausência de envolvimento sistêmico, optou-se por abordagem conservadora e vigilância clínica.

Discussão: Este caso ilustra uma forma rara de vasculite cutânea, diagnosticada incidentalmente no contexto de estudo de adenopatias, reforçando a importância do exame Objetivo completo. A apresentação indolente, a ausência de manifestações sistêmicas e os achados histopatológicos característicos permitiram distinguir ALT de poliarterite nodosa cutânea. Destaca-se a relevância da correlação clínico-histológica e do seguimento longitudinal, dada a necessidade de avaliar evolução para vasculite sistêmica.

PO 149

TROMBOCITOSE PERSISTENTE EM IDADE JOVEM: REATIVA OU CLONAL?

Carolina R. Oliveira; Carla Lemos Costa; Laura Oliveira Cainé; Dany Cruz; Alexandra Leitão; Paula Felgueiras

ULS Barcelos/Esposende

Introdução: A trombocitose é frequentemente reativa, associada a ferropenia, inflamação ou infecção, representando mais de 85% dos casos. Contudo, a sua persistência após correção de causas secundárias deve levantar suspeita de neoplasia mieloproliferativa. A trombocitemia essencial (TE) é caracterizada por trombocitose sustentada e risco trombótico aumentado, sendo rara em adultos jovens e frequentemente diagnosticada de forma incidental. Este caso ilustra a importância de uma investigação sistemática perante trombocitose aparentemente secundária.

Caso clínico: Mulher de 21 anos, saudável, referenciada para a Consulta de Medicina Interna por trombocitose persistente ($500\text{--}706 \times 10^9/\text{L}$) identificada em estudo de anemia ferropénica associada a cataménios prolongados. Assintomática e exame Objetivo normal. Estudo inicial revelou défice de vitamina B12 com anticorpos anti-células parietais positivos, sugestivo de anemia perniciosa incipiente; esfregaço de sangue periférico sem alterações e ecografia abdominal normal; estudo endoscópico e infeccioso sem evidência de doença inflamatória intestinal ou patologia estrutural. Apesar da correção da ferropenia e vitamina B12, manteve trombocitose. A pesquisa molecular identificou mutação JAK2 V617F (VAF 3,3%). Realizou Biópsia osteomedular demonstrou medula ligeiramente

hipercelular com proliferação megacariocítica e ausência de fibrose (grau 0). Cariótipo normal. Foi então estabelecido diagnóstico de trombocitemia essencial segundo Critérios diagnósticos WHO/ICC e classificado como de baixo risco (IPSET-thrombosis revisto), tendo iniciado ácido acetilsalicílico 100 mg/dia.

Discussão: Este caso evidencia a importância de reavaliar trombocitose persistente após exclusão de causas reativas. A coexistência de ferropenia poderia justificar inicialmente a elevação plaquetária, mas a sua manutenção após correção foi determinante. O diagnóstico precoce de TE permite adequada estratificação de risco e prevenção de eventos trombóticos.

PO 150

VASCULITE MPO-ANCA COM ENVOLVIMENTO RENAL ISOLADO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Carolina R. Oliveira; João Mota; Laura Oliveira Cainé; Flávia Freitas; Alexandra Leitão; Paula Felgueiras

ULS Barcelos/Esposende

Introdução: Nas vasculites ANCA o subtipo MPO-ANCA é mais frequentemente limitado ao rim, com menor expressão sistêmica comparativamente ao PR3-ANCA. Contudo, a ausência de manifestações extra-renais condiciona o atraso no diagnóstico, havendo frequentemente insuficiência renal avançada ao diagnóstico. Apresentamos o caso de um doente com vasculite MPO-ANCA ilustrando os desafios diagnósticos e terapêuticos desta entidade.

Caso clínico: Homem, 74 anos, antecedentes de hipertensão arterial e valvulopatia aórtica. Recorreu ao SU por agravamento da creatinina em análises de rotina, previamente com valores normais (à admissão 1,93 mg/dL). Assintomático, sem edemas ou sinais sistêmicos, foi internado para investigação. O estudo revelou lesão renal aguda com proteinúria na faixa nefrótica (3,8 g/dia), sem hipoalbuminemia, complemento normal e microhematúria. Durante o internamento verificou-se manutenção da elevação da creatinina. Teve alta clinicamente estável, mantendo disfunção renal e hematoproteinúria. Em consulta verificou-se agravamento da função renal (Cr 2,5 mg/dL) e presença de eritrócitos urinários dismórficos. O estudo complementar, pendente à data de alta, revelou MPO-ANCA positivo. Perante elevada suspeita de Vasculite MPO-ANCA, o doente foi novamente internado e iniciou pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona e rituximab. A biópsia renal evidenciou glomerulonefrite com crescentes em glomerúlos, padrão pauci-imune e fibrose intersticial ligeira, confirmando o diagnóstico de Vasculite MPO-ANCA. Apesar da redução do título de ANCA, verificou-se agravamento progressivo da creatinina (até 3,1 mg/dL) e proteinúria persistente. Face a resposta subótima, procedeu-se a intensificação terapêutica com ciclofosfamida.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação de vasculite MPO-ANCA com envolvimento renal isolado. A hematúria dismórfica e proteinúria significativa foram determinantes para a suspeita de glomerulonefrite, confirmada por biópsia com padrão pauci-imune ativo. A resposta subótima inicial ao rituximab evidencia a necessidade de monitorização rigorosa e eventual intensificação terapêutica. Este caso reforça a importância do diagnóstico precoce e da abordagem individualizada para prevenir dano renal irreversível.

PO 151

QUANDO A ANEMIA NÃO DÁ TRÉGUAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Adriana Almeida; Sofia Festa; Sara Silva; Sara Gomes; Bernardo Silvério; Paulo Bandeira

Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: A anemia hemolítica autoimune (AHA) por anticorpos quentes é uma entidade rara, frequentemente associada a doenças autoimunes, infecções ou neoplasias linfoproliferativas. Os casos recidivantes representam um desafio diagnóstico e terapêutico, exigindo investigação etiológica aprofundada e abordagem individualizada.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 65 anos, autônomo (CFS 1), com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome depressiva. Diagnosticado em julho de 2023 com AHA por anticorpos quentes (Coombs direto IgG positivo), iniciou corticoterapia com resposta favorável inicial, tendo sido suspensa em abril de 2024. Ao diagnóstico, apresentava monocitose, alterações morfológicas eritrocitárias, esplenomegalia (18–21 cm) e adenopatias retroperitoneais e ilíacas. A investigação etiológica revelou serologias negativas, imunofenotipagem periférica e estudo medular compatíveis com hiperplasia eritroide reativa, sem evidência de doença linfoproliferativa. Em setembro de 2024, apresentou recidiva grave (Hb 6,5 g/dL), com agravamento da esplenomegalia e adenopatias múltiplas. A biópsia ganglionar revelou linfadenite reativa inespecífica. Reiniciou corticoterapia em dose imunossupressora, com resposta parcial. Dada a dependência terapêutica e recorrência da hemólise, foi submetido a esplenectomia. O exame anatomopatológico evidenciou hiperplasia da polpa vermelha, fibrose moderada e focos hemorrágicos, sem sinais de malignidade. Após discussão multidisciplinar, manteve-se em vigilância clínica. Este caso ilustra uma AHA recidivante e corticorresistente, associada a esplenomegalia exuberante e adenopatias reativas, simulando doença linfoproliferativa. A exclusão sistemática de causas secundárias foi determinante na decisão terapêutica.

Conclusão: A AHA recidivante constitui um desafio diagnóstico e terapêutico, exigindo abordagem multidisciplinar. A esplenectomia mantém um papel relevante em doentes selecionados, particularmente nos

casos refratários ou dependentes de corticoterapia, permitindo melhor controlo da doença e melhoria da qualidade de vida.

PO 152

UMA CAUSA ESQUECIDA DE HIPERTENSÃO RESISTENTE

Adriana Almeida; Sofia Festa; Filipa Guedes; Isabel Novo; Bernardo Silvério; Paulo Bandeira

Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: O hiperaldosteronismo primário é uma causa frequente e subdiagnosticada de HTA secundária, associando-se a aumento do risco cardiovascular. A presença de hipocaliemia e hipertensão resistente deve motivar investigação etiológica dirigida, permitindo diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, autônoma (CFS 1), com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hipotireoidismo e síndrome depressiva. Recorreu ao serviço de urgência por vômitos, dor epigástrica e tonturas, após ajuste recente da terapêutica anti-hipertensora. À admissão, apresentava hipocaliemia grave (K^+ 2,3 mmol/L), alcalose metabólica e hipertensão não controlada (160/91 mmHg). Existia história de hipocaliemia desde 2011, sob terapêutica diurética. Foi internada para estudo, mantendo perfil tensional elevado apesar de múltiplos ajustes terapêuticos. A TC abdominal revelou aumento volumétrico da suprarrenal esquerda com formações nodulares sugestivas de adenomas, com evolução desde 2017. A ressonância magnética confirmou hiperplasia nodular com dois nódulos de 4 e 2 cm, compatíveis com adenomas. O estudo hormonal demonstrou aldosterona elevada (57,7 ng/dL), renina suprimida ($<0,2$ ng/mL/h) e rácio aldosterona/renina aumentado (288,5). O teste de sobrecarga salina confirmou autonomia secretora. Foram excluídos hipercortisolismo e feocromocitoma (doseamentos de metanefrinas e prova de supressão com dexametasona). Iniciou espironolactona, com melhoria do controlo tensional e normalização progressiva da hipocaliemia. Foi referenciada para avaliação por Endocrinologia e Cirurgia Geral para eventual intervenção cirúrgica, por síndrome de Conn.

Conclusão: Este caso ilustra a importância da suspeição clínica de hiperaldosteronismo primário perante hipertensão resistente e hipocaliemia persistente. As alterações imagiológicas progressivas reforçam a necessidade de reavaliação periódica. O diagnóstico atempado permite instituir terapêutica dirigida, reduzindo a morbilidade cardiovascular.

PO 153**CETOACIDOSE DIABÉTICA COMO EVENTO REVELADOR DE SÍNDROME POLIGLANGULAR AUTOIMUNE TIPO 3**

Paulo Alexandre Rocha Simão; André Currálo; Beatriz Nogueiro; Céu Evangelista; Miguel Castelo-Branco

Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Mulher de 55 anos, com antecedentes de tiroidite de Hashimoto medicada com levotiroxina, desportista, sem outras patologias conhecidas e sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus, recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia, polidipsia, poliúria e perda ponderal com cerca de dois meses de evolução. À admissão apresentava critérios clínicos e analíticos de cetoacidose diabética, tendo iniciado terapêutica com insulino-terapia endovenosa e medidas de suporte, com necessidade de internamento inicial em Unidade de Cuidados Intensivos, onde se verificou resolução progressiva da acidose metabólica.

Após estabilização clínica nas primeiras 48h, foi transferida para o Serviço de Medicina Interna para investigação etiológica de diabetes de novo com apresentação cetótica. O estudo imunológico revelou positividade para anticorpos anti-GAD e anticorpos anti-ilhéus pancreáticos, confirmando o diagnóstico de diabetes autoimune do adulto (LADA). Atendendo ao antecedente de doença tiroideia autoimune, foi realizada avaliação adicional de autoimunidade associada, verificando-se positividade para anticorpos anti-células parietais gástricas, com anticorpos anti-fator intrínseco negativos, levantando suspeita de gastrite autoimune e potencial risco futuro de anemia perniciosa. Realizou ainda tomografia computadorizada abdomino-pélvica, sem evidência de alterações estruturais pancreáticas ou outras lesões relevantes.

O conjunto dos achados clínicos e imunológicos permitiu estabelecer o diagnóstico de síndrome poliglandular autoimune tipo 3, caracterizado pela associação de doença tiroideia autoimune com outras manifestações autoimunes na ausência de insuficiência adrenal. A doente teve alta clinicamente estável, sob insulino-terapia com insulina basal (glargina) e insulina de ação rápida em esquema de correção conforme necessidade, encontrando-se o regime terapêutico em fase de titulação. Foi orientada para seguimento em consulta de Endocrinologia e Diabetologia, com vigilância de possíveis manifestações adicionais de autoimunidade associada.

PO 154**EARLY-ONSET AORTIC STENOSIS IN A PATIENT WITH FAMILIAL HYPOCALCIURIC HYPERCALCEMIA**

Ana Margarida Fonseca; Ana Cordeiro Gomes; Mariana Lobo; Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida; Patrícia Lourenço
Hospital São João

Familial hypocalciuric hypercalcemia (FHH) is a rare genetic condition characterized by lifelong mild hypercalcemia and low urinary calcium excretion, usually with a benign clinical course. Aortic stenosis (AS) most commonly results from age-related degenerative calcification and is uncommon before the age of 60.

A 58-year-old woman was admitted in 2012 with acute heart failure (HF). Echocardiography showed left ventricular ejection fraction (LVEF) of 32%. Coronary angiography was normal and endomyocardial biopsy was negative for myocarditis. LVEF normalized with guideline-directed therapy (55% in 2013). Aortic valve (AV) showed leaflet thickening with peak and mean gradients of 27 and 14 mmHg, respectively.

In 2016, LVEF was 62%, and the AV exhibited thickened cusps with focal calcification between right and left coronary cusps, with an estimated valve area of 1.2–1.3 cm². She remained asymptomatic for more than 10 years. Persistent mild hypercalcemia (2.70–3.00 mEq/L) was documented, consistent with FHH, supported by family history and fractional urinary calcium excretion <0.01%. No pathogenic mutation was identified.

In 2023, routine echocardiography revealed a markedly thickened and calcified functionally bicuspid AV (fusion of right and left coronary cusps) with severe AS (peak/mean gradients 105/69 mmHg; valve area 0.5 cm²). Mild mitral annular calcification with moderate regurgitation was present, and LVEF had declined to 41%. In February 2024, the patient was admitted in NYHA class III with volume overload and NT-proBNP >28,000 pg/mL. She underwent surgical AV replacement with a biological prosthesis and mitral annuloplasty, with subsequent recovery of LVEF to >50% and resolution of symptoms.

FHH is usually benign, and severe AS in patients younger than 60 years with no known congenital valve disease is uncommon. This case describes two episodes of HF with reversible systolic dysfunction due to different etiologies: an initial idiopathic cardiomyopathy and, a decade later, HF secondary to severe AS in a calcified, functionally bicuspid valve. Chronic exposure to mildly elevated calcium levels may have contributed to progressive valvular calcification. Although causality cannot be established, this case suggests a possible association between FHH and accelerated valvular calcification.

PO 155

QUANDO TUDO APONTA PARA ENDOCARDITE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Maria Dias Lopes; Tiago Jorge Costa; Tatiana Gonçalves; Ana Cristina Martins; Patrícia Dias; Arsénio Santos

ULS Coimbra

Introdução: A febre de origem indeterminada permanece um desafio diagnóstico, sobretudo quando coexistem achados sugestivos de infecção sistêmica grave, tal como endocardite infecciosa, sem confirmação microbiológica ou imagiológica. Para exclusão de outras etiologias, como infecciosas, autoimunes ou neoplásicas, é necessária uma investigação extensa.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com antecedente de comunicação interauricular congênita encerrada, recorreu ao serviço de urgência (SU) por artralgias inflamatórias dos punhos, tibiotársicas e ombros, e mialgias com 3 semanas de evolução, que cediam à toma de paracetamol e ibuprofeno, associadas a temperaturas subfebris (máx.37,7°C). Sem qualquer outra clínica associada. Medicado previamente com amoxicilina/ácido clavulânico por suspeita infecciosa, sem melhoria. À admissão, no SU, encontrava-se hemodinamicamente estável, com sopro sistólico panfocal de novo e elevação marcada dos parâmetros inflamatórios (PCR 40 mg/dL leucócitos 20 G/L) e discreto aumento dos valores de colestase. Realizou ecografia abdominal que revelou uma lesão sugestiva de abscesso esplênico, levantando a suspeita de endocardite (3 critérios menor de *Duke*). A ecoscopia cardíaca foi inconclusiva e, após colheita de culturas, iniciou ceftriaxone e vancomicina tendo ficado internado para estudo. Fez ecocardiograma transesofágico que excluiu vegetações. A TC abdominopélvica, PET-FDG e angio-RM reclassificaram a lesão esplênica como hemangioma/hamartoma. Perante a persistência febril (máx.38,2°C), foi realizada uma investigação extensa com mielograma, autoimunidade e serologias que foi negativa, assim como hemoculturas seriadas. Suspendeu antibioterapia ao 8.º dia, com resolução clínica e analítica espontânea.

Conclusão: Este caso evidencia um hamartoma como lesão benigna, habitualmente assintomática, embora até > 20% possam apresentar sintomas conforme a localização e dimensão. A possível associação clínica reforça a importância da correlação clínico-imagiológica e de uma abordagem prudente, evitando intervenções desnecessárias.

PO 156

HEPATITE E: BAIXA INCIDÊNCIA OU BAIXA SUSPEIÇÃO CLÍNICA?

Gabrielle Santos; Joana Areias Rodrigues; Lurdes Correia; Teresa Alfaiate; Arsénio Santos

ULS Coimbra

Introdução: As alterações das enzimas hepáticas são comuns e têm como causas toxicidade medicamentosa, hepatite alcoólica, viral e autoimune.¹ Apresentam-se dois casos de Hepatite E (HE), diagnosticados no mesmo hospital no espaço de um mês, destacando a importância do reconhecimento e diagnóstico.

Relato de casos:

Caso 1: Mulher, 73 anos, colecistectomizada por litíase, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por anorexia e astenia há semanas. Exame Objetivo normal. Analiticamente: AST 247 U/L (<31), ALT 174 U/L (<34), FA 493 U/L (<120), GGT 1904 U/L (<38). Ecografia abdominal: ectasia das vias biliares. IgM/IgG anti-VHE positivas, carga viral <300 cópias/mL. CPRM com coledocolitíase parcialmente obstrutiva. História de consumo de água não canalizada. Reavaliada em consulta, com normalização analítica, assumindo HE auto-limitada.

Caso 2: Homem, 68 anos, com perturbação do uso do álcool, recorreu ao SU por icterícia, dor abdominal, vômitos, anorexia e astenia há duas semanas. Ao exame Objetivo com Icterícia muco-cutânea, sem outras alterações. Analiticamente: AST 85 U/L, ALT 23 U/L, FA 162 U/L, GGT 61 U/L, bilirrubina total/direta 13.0/8.6 mg/dL (<1.2/0.5), albumina 2.3 g/dL (<5.2), INR 2.15. Ecografia normal. História de consumo de enchidos caseiros. IgM/IgG anti-VHE positivas, carga viral não detetada. Internado para estabilização clínica, diagnosticada HE.

Discussão: Na Europa predominam os genótipos 3 e 4, sendo o porco reservatório principal.² Em 2023, registaram-se 23 casos em Portugal.^{3,4} Transmite-se pelo consumo de água ou carne contaminada. Os sintomas incluem icterícia, anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal e febre, sendo geralmente autolimitada.⁵ Pode ter como complicação hepatite colestática, falência hepática aguda ou HE crónica (em imunodeprimidos). O diagnóstico baseia-se na deteção de IgM anti-VHE e RNA viral. Imunocompetentes fazem terapêutica de suporte e casos fulminantes podem necessitar de transplante.^{6,7} Os autores pretendem reforçar que a HE deve ser equacionada no diagnóstico diferencial quando há alterações da enzimologia hepática.

PO 157

ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS NEGATIVA: QUANDO A CLÍNICA SUPERA O TESTE

Ana Margarida Morgado; Marques Cardoso; Joana Lopo; Sara Aleixo; Ignacio Moreno

ULS Algarve- Faro

Introdução: A anemia hemolítica autoimune (AHA) é tradicionalmente confirmada pela positividade do teste de antiglobulina direta (TAD). Contudo, formas Coombs negativas, embora raras, representam um desafio diagnóstico relevante e podem atrasar terapêutica potencialmente salvadora, sobretudo em doentes imunossuprimidos.

Caso clínico: Homem de 66 anos com miastenia gravis sob imunossupressão crónica, internado por urosepsis por *Escherichia coli*, desenvolveu anemia rapidamente progressiva (Hb 7,8→4,7 g/dL) com marcadores inequívocos de hemólise: LDH 1428 U/L, bilirrubina total 6,74 mg/dL e haptoglobina indetetável. O TAD foi repetidamente negativo e o esfregaço periférico não revelou alterações significativas. A investigação excluiu doença autoimune sistémica, hemoglobinopatias e patologia linfoproliferativa. Identificou-se infeção concomitante por *Mycoplasma pneumoniae* e *Herpes simplex*. A corticoterapia e imunoglobulina intravenosa não induziram resposta sustentada. Perante hemólise grave persistente, iniciou rituximab semanal durante quatro semanas, com recuperação progressiva da hemoglobina até 14,9 g/dL e manutenção de remissão aos sete meses.

Discussão e conclusão: Este caso demonstra que a negatividade do TAD não exclui hemólise imune clinicamente significativa. Na presença de evidência laboratorial robusta e exclusão sistemática de causas alternativas, a decisão terapêutica deve apoiar-se no raciocínio clínico integrado. Em contexto de imunossupressão, as infeções podem atuar como gatilhos de hemólise imune grave, e a resposta marcada ao rituximab, após falência de terapêutica de primeira linha, reforça o mecanismo imunológico subjacente e sustenta a consideração precoce de terapêuticas de segunda linha em casos refratários.

PO 158

DESAFIOS NA GESTÃO DA ANEMIA CRÍTICA COM RECUSA TRANSFUSIONAL

Lúcia Carreira-Marques; Diogo Matias; Mafalda Pereira; Vanessa Chaves; Edite Pereira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A anemia crítica compromete significativamente o transporte de oxigénio, podendo precipitar disfunção orgânica. A recusa de transfusão de hemoderivados constitui um desafio clínico e ético relevante, limitando estratégias diagnósticas e terapêuticas potencialmente modificadoras de prognóstico.

Mulher, 73 anos, com antecedentes de anemia fer-

ropénica crónica e esofagite de refluxo grau D com ulceração extensa documentada um mês antes. Admitida por agravamento do estado geral, prostração e epigastralgia, com Hb 6,0 g/dL (queda para 4,7 g/dL por melenas), ferropenia e trombocitose. Durante o internamento registou episódios de melenas, reforçando a suspeita de perda digestiva ativa no contexto da ulceração esofágica. Testemunha de Jeová, portadora de Diretiva Antecipada de Vontade formalizando recusa absoluta de transfusão de sangue e componentes major, decisão reiterada após esclarecimento do risco de morte. Desenvolveu hemiparesia esquerda e disartria súbitas. Tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica sem lesões agudas suspeitas e angio-TC excluiu oclusão de grande vaso. Admitida hipótese de descompensação neurológica por hipoperfusão cerebral em contexto de anemia crítica, em doente com doença cerebrovascular prévia. A gravidade da anemia condicionou ausência de indicação para trombólise e impossibilitou antiagregação segura. A endoscopia digestiva alta foi adiada por indicação para suporte transfusional prévio não exequível. Instituída terapêutica com ferro endovenoso (EV), inibidor da bomba de prótons em alta dose e nutrição parentérica total para repouso esofágico e otimização nutricional. Verificou-se recuperação paulatina da hemoglobina e melhoria clínica concomitante, mantendo estabilidade hemodinâmica. Este caso evidencia o impacto sistémico da anemia crítica não transfundida e como a redução extrema da capacidade de transporte de oxigénio pode traduzir-se em compromisso neurológico agudo. Perante limitação transfusional, a maximização precoce de terapêuticas alternativas — ferro EV, suporte nutricional e controlo rigoroso de perdas — é determinante. Destaca-se o equilíbrio entre beneficência e respeito pela autonomia, exigindo rigor clínico e articulação multidisciplinar na gestão de elevada complexidade.

PO 159

ERITEMA PERINEAL EM DOENTE DIABÉTICA: QUANDO SUSPEITAR DE GANGRENA Fournier

Lúcia Carreira-Marques; Diogo Matias; Margarida Bastos Maia; Mafalda Pereira; Vanessa Chaves; Edite Pereira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A gangrena de Fournier é uma infeção rapidamente progressiva associada a elevada mortalidade. A apresentação inicial pode ser inespecífica, atrasando o diagnóstico. Apresenta-se um caso de evolução fulminante após maceração cutânea em doente com múltiplas comorbilidades.

Mulher, 83 anos, com uso de fralda diário, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulino tratada com mau controlo metabólico, doença renal crónica G4A2, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, obesidade grau 2 e doença coronária. Recorreu ao

serviço de urgência por febre e agravamento de maceração perineal com uma semana de evolução após diagnóstico recente de infecção respiratória por Influenza A. Ao exame Objetivo sem sinais hipervolemia, zona nadequeira com rubor exuberante, sem úlceras ou perda da integridade cutânea e sem flutuações à palpação. Analiticamente com leucocitose (17.450/ μ L) e neutrofilia relativa 92,4%, PCR 534 mg/L e agravamento da função renal (creatinina 2,8 mg/dL vs basal 1,6 mg/dL). Inicialmente assumida infecção respiratória sobreinfetada, sem insuficiência respiratória, sendo internada sob antibioterapia empírica e fluidoterapia. Ao primeiro dia de internamento com agravamento das lesões cutâneas, eritema extenso perineal, zona nadequeira e vulvar bem como áreas de necrose. Manteve-se hemodinamicamente estável e analiticamente com elevação das enzimas de citólise muscular (creatina cinase 1058 U/L e mioglobina 3456 ng/mL). Realizou angio-tomografia computadorizada abdomino-pélvica com evidência de gás nos tecidos moles perianais, fossas isqueoanais e zona perineal compatível com fascíte necrotizante. Foi submetida a desbridamento cirúrgico urgente cerca de 24h após a admissão (cirurgia plástica com o apoio de cirurgia geral e ginecologia), evoluindo com choque séptico refratário e falência multiorgânica, culminando em óbito. Este caso ilustra a apresentação inicial pouco específica da gangrena de Fournier e a rápida progressão para choque séptico apesar de diagnóstico e tratamento precoces. A maceração cutânea associada a uso de fralda constituiu provável fator precipitante numa doente diabética. Destaca-se a importância da suspeição clínica precoce e da reavaliação seriada das lesões cutâneas, essenciais para diagnóstico atempado numa entidade com elevada mortalidade.

PO 160

BLUE MAN GROUP – DOIS CASOS DE METEMOGLOBINEMIA APÓS EXPOSIÇÃO A ANILINA

Pedro Alexandre Lopes; Clara Pinto; Karen Cañizales; Bruna Nascimento; Tiago Rabadão; Mariana Sousa
ULS Região de Aveiro

Introdução: A metemoglobinemia corresponde a uma alteração da oxidação da hemoglobina, que a torna incapaz de transportar oxigénio. É uma patologia rara, que pode ser congénita (e.g. défice da redutase do citocromo b5) ou adquirida, geralmente associada a exposição a fármacos anestésicos, dapsona, nitratos ou, mais raramente, corantes químicos derivados da anilina.

Caso clínico: Dois doentes do sexo masculino apresentaram-se no serviço de urgência por alteração da coloração da pele e sintomas inespecíficos após exposição laboral a anilina. Eram trabalhadores industriais de limpeza de tanques e tinham estado a limpar um tanque de anilina, com utilização de EPI's, até 5h antes

da admissão. À remoção dos EPI's notaram resíduos na pele, pelo que se descontaminaram e ficaram em vigilância.

Doente A (exposto durante 45 minutos) – 47 anos, saudável, referia hipersudorese, mal estar geral, parestias nos membros inferiores e dispneia ligeira com 1h de evolução.

Doente B (exposto durante 90 minutos) – 45 anos, diabético tipo 1 insulinotratado, apenas com alteração da coloração da pele, negava outros sintomas. Veio por indicação do supervisor.

À admissão, apresentavam-se ligeiramente taquicárdicos, com SpO₂ 78% (A) e 76% (B) sob O₂ por máscara de alta concentração, com cianose central e coloração acizentada da pele. A gasimetria confirmou o diagnóstico de metemoglobinemia adquirida - co-oximetria com 55.6% (A) e 55.2% (B) de metemoglobina - com pressões parciais de O₂ elevadas – 202 (A) e 420 (B) mmHg.

Após descontaminação foi administrado azul de metileno (1mg/kg) com melhoria rápida da cianose e da taquicardia – a co-oximetria de repetição mostrou redução da metemoglobina para 17,8% (A) e 27,1% (B). O raioX de tórax e ECG foram inocentes, enquanto o estudo analítico apenas discreta subida de troponina T (23 [A] e 18.0 [B] pg/mL, LSN 14 pg/mL).

Mantiveram vigilância durante 24h, com gasimetrias seriadas, tendo resolução completa da metemoglobinemia e posterior alta hospitalar.

Discussão: A metemoglobinemia é uma patologia potencialmente fatal, caracterizada classicamente por uma dissociação entre a saturação periférica de oxigénio e a co-oximetria. A história clínica e exame Objetivo adequados permitem uma suspeita e diagnóstico célere, muitas vezes com excelentes resultados à administração de azul de metileno.

PO 161

PANSINUSITE REFRATÁRIA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE LINFOMA B DE ALTO GRAU

Inês Domingues; Cláudia Nunes; Patrícia Santos; Vanda Spencer

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B é o subtipo mais frequente de linfoma não-Hodgkin. O envolvimento primário da região nasossinusal é raro e frequentemente confundido com patologia inflamatória ou infecciosa. O diagnóstico precoce é determinante para a terapêutica e prognóstico.

Caso clínico: Mulher, 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com três meses de evolução de anosmia, rinorreia e edema periorbitário bilateral, posteriormente associado a diminuição da acuidade visual e perda ponderal. A Tomografia Computorizada (TC) dos seios perinasais e órbitas revelou

pansinusite extensa com hipertrofia marcada dos cornetos, perfurações septais anteriores, proptose bilateral. A Ressonância Magnética crânio-encefálica confirmou pansinusite com paqui e leptomeningite e áreas sugestivas de cerebrite. Analiticamente destacava-se anemia ligeira com teste de Coombs direto fracamente positivo, LDH elevada e beta-2 microglobulina aumentada, sem aumento de parâmetros inflamatórios e com estudo de auto-imunidade e serologias infecciosas negativo. TC corpo sem alterações relevantes. A punção lombar excluiu infecção e a citologia foi negativa para malignidade. Realizou antibiótica empírica e posteriormente corticoterapia em alta dose, sem resposta pelo que realizou biópsia da mucosa nasal, cujo exame anatomopatológico confirmou doença linfoproliferativa compatível com linfoma difuso de grandes células B de alto grau. Porém, a doente evoluiu desfavoravelmente tendo acabado por falecer previamente à instituição de terapêutica oncológica.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de linfoma B extranodal manifestado como pansinusite complicada com extensão orbitária e envolvimento do SNC, simulando processo infeccioso. A ausência de resposta terapêutica e a presença de sinais constitucionais devem motivar investigação histológica fundamental para o diagnóstico e orientação terapêutica.

PO 162

EMERGÊNCIA HEMATOLÓGICA: UM CASO DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA

Gabriela Alves Rodrigues; João Pedro F. Marques;
Ana Alves Cardoso; António Martins Baptista; Inês Parreira
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

A Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) é um subtipo raro de leucemia mielóide aguda, causada pela translocação cromossômica t(15;17), que, leva a formação do gene de fusão PML-RAR α , com proliferação de células malignas imaturas - promielócitos. Caracteriza-se por discrasia hemorrágica, fadiga e, em casos mais graves, coagulação intravascular disseminada (CID). A LPA é considerada uma emergência hematológica, que exige diagnóstico e tratamento imediatos.

Mulher de 75 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, admitida por parestesias no membro superior esquerdo, disartria, epistaxis, gengivorragia e perda ponderal não quantificada com cerca de uma semana de evolução. À observação, hipertensa, com discurso confuso, sem equimoses ou petéquias. Laboratorialmente com neutropénia, trombocitopenia grave (19000/ μ L) e 86% de blastos no sangue periférico. Esfregaço de sangue periférico revelou células blásticas imaturas, com bastonetes de Auer; prolongamento do TP (17,2 seg), aPTT de 26,8 seg, D-dímeros de 66,25 ug/mL e hipofibrinogénemia (55 mg/dL). TC-crânioencefálico (TC-CE) com focos hemorrágicos milimétricos dispersos. Foi assumido o diagnóstico presuntivo de LPA, as-

sociado a quadro de CID (ISTH CID 6). Foi iniciado de imediato ATRA (ácido trans all-retinóico) e trióxido de arsénio (ATO), hidroxiureia, corticoterapia bem como suporte com hemoderivados. Durante o internamento, ao 5º dia, apresentou quadro súbito de alteração do estado de consciência com GCS 3. TC-CE com hematoma núcleo basal direito associado a extensa hemorragia intraventricular com hidrocefalia supratentorial, sem indicação para intervenção cirúrgica, tendo falecido no próprio dia.

Este caso evidencia a elevada mortalidade precoce associada à LPA, reforçando a importância da suspeita clínica imediata e do início precoce de terapêutica dirigida, mesmo antes da confirmação citogenética ou molecular, estratégia fundamental para reduzir a mortalidade precoce nesta emergência hematológica.

PO 163

SÍNCOPE E HIPOGLICEMIA EM DOENTE COM PAN-HIPOPITUITARISMO: QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO ESTÁ NA HIPÓFISE

Andreia Meseiro¹; Miguel Marques²; Daniel Duarte²;
Marta Almeida²; Sofia Avelino³; Ana Ferreira²;
Maria Carlos Pereira²

¹Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho; ²Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal; ³IPO Lisboa

Introdução: A hipoglicemia em contexto hospitalar representa um desafio diagnóstico, particularmente em doentes com patologia endócrina complexa. Em indivíduos com antecedentes de cirurgia bariátrica, o síndrome de dumping tardio pode manifestar-se por episódios de hipoglicemia pós-prandial, podendo mimetizar ou coexistir com outras causas endócrinas de hipoglicemia.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 50 anos, com antecedentes de craniofaringioma supresselar operado, pan-hipopituitarismo secundário e bypass gástrico há 19 anos, que recorreu ao serviço de urgência após episódio de síncope precedido de tonturas. À admissão apresentava hipotensão, bradicardia e hipoglicemia (42 mg/dL). Foi inicialmente considerado o diagnóstico de crise adrenal em contexto de incumprimento terapêutico, tendo iniciado hidrocortisona endovenosa com melhoria hemodinâmica. Durante o internamento verificaram-se múltiplos episódios de hipoglicemia sintomática (30–40 mg/dL), predominantemente diurnos, associados a polifagia. O estudo analítico durante episódio de hipoglicemia revelou valores de insulina dentro do intervalo de referência. Atendendo aos antecedentes de cirurgia bariátrica, ao padrão clínico das hipoglicemias e à ausência de evidência de hiperinsulinismo endógeno, foi assumido como diagnóstico mais provável síndrome de dumping tardio. Após ajuste dietético com fracionamento alimentar e orientação nutricional verificou-se melhoria clínica, sem novos episódios significativos de hipoglicemia.

Discussão: O síndrome de dumping tardio constitui uma complicação metabólica reconhecida da cirurgia bariátrica, resultante de hiperinsulinismo pós-prandial secundário ao rápido esvaziamento gástrico. A apresentação clínica pode incluir hipoglicemia, síncope ou sintomas neuroglicopênicos, podendo ser confundida com outras causas endócrinas, especialmente em doentes com patologia hipofisária concomitante.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente da hipoglicemia em doentes complexos, destacando o síndrome de dumping como diagnóstico diferencial relevante mesmo na presença de doença endócrina prévia.

PO 164

QUANDO A MENINGITE NÃO É INFEÇÃO: DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA

Andreia Meseiro; Ana Catarina Ruivo; Bruna Barbosa;
Mónica Henriques Correia; Inês Bonito; João Paulo Caixinha;
Rosário Ginga; Martinho Fernandes

Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

Introdução: A metastização leptomeníngea constitui uma complicação rara mas grave de neoplasias sólidas, podendo representar a primeira manifestação de doença oncológica. A apresentação clínica é inespecífica e pode mimetizar quadros infecciosos ou inflamatórios do sistema nervoso central, representando um importante desafio diagnóstico.

Caso clínico: Trata-se de uma mulher de 39 anos, previamente autónoma e saudável, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleia occipital e cervicálgia com cinco dias de evolução, associado a vômitos e um episódio de lipotímia. A observação apresentou-se febril e com episódio de alteração do estado de consciência com incontinência urinária, tendo sido inicialmente considerada crise convulsiva inaugural. O estudo inicial revelou tromboembolismo pulmonar segmentar, motivando anticoagulação. A investigação neurológica evidenciou posteriormente paresia facial periférica esquerda, dismetria ipsilateral e agravamento progressivo do quadro neurológico.

A punção lombar revelou líquido cefalorraquidiano com pleocitose linfocitária e parâmetros inflamatórios, sem identificação de agentes infecciosos. A ressonância magnética encefálica demonstrou alterações compatíveis com envolvimento leptomeníngeo. Perante a persistência de sintomas neurológicos e ausência de etiologia infecciosa identificada, foi realizado estudo citológico do LCR, que revelou achados sugestivos de carcinomatose leptomeníngea. A investigação subsequente levantou a suspeita de neoplasia sólida oculta com metastização óssea e meníngea.

Apesar das medidas de suporte e investigação etiológica em curso, verificou-se deterioração clínica progressiva, culminando em óbito.

Discussão: A carcinomatose leptomeníngea pode apresentar-se com sintomas neurológicos multifocais e alterações do LCR semelhantes às observadas em meningites infecciosas, dificultando o diagnóstico inicial. A identificação precoce exige elevado grau de suspeição clínica, sobretudo perante evolução neurológica progressiva e ausência de agente infeccioso identificado.

Conclusão: Este caso destaca a importância de considerar etiologia neoplásica na abordagem de meningite ou meningoencefalite de causa indeterminada, particularmente quando associada a défices neurológicos progressivos.

PO 165

CHOQUES DE CDI

Adriana Costa; Ana Margarida Fonseca; Pedro Ribeirinho;
Joana Pereira; Ana Faceira; Luís Flores; Francisco Cunha;
Vitor Brás; Fernando Friões; Jorge Almeida
CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO EPE

O cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI) pode ser considerado na prevenção secundária da morte cardíaca súbita por arritmia ventricular e em prevenção primária, em determinadas populações de risco. Sexo masculino, 63 anos, recorre ao serviço de urgência por três choques de CDI. História de insuficiência cardíaca de etiologia isquémica, mantendo disfunção grave do ventrículo esquerdo, após otimização terapêutica; colocado CDI em prevenção primária. Após análise do dispositivo, concluiu-se que os choques foram inapropriados (fibrilação auricular com resposta ventricular rápida em doente com bloqueio completo de ramo esquerdo, interpretada como taquicardia ventricular). O estudo analítico não tinha distúrbios iónicos, TSH 0.09 uUI/mL, T4L 1.7 ng/dL, T3L 14.2 ng/dL. Anticorpos anti-TRAbs, anti-tireoglobulina e anti antitireoperoxidase negativos, ecografia com sinais de tireoide. Iniciou metimazol e manteve carvedilol. Ajustados parâmetros do CDI. Durante o internamento sem novos episódios de taquicardia e melhoria do hipertireoidismo. A tireotoxicose é um precipitante de fibrilhação auricular e é uma etiologia a investigar em todos os casos de fibrilhação auricular de novo. Mais de metade dos casos revertem espontaneamente a ritmo sinusal depois do hipertireoidismo estar tratado. Os CDI, apesar de diminuir a mortalidade em determinadas populações, podem ser causa de desconforto e stress quando provocam choques inapropriados.

PO 166

CHOQUE MULTIFATORIAL EM DOENTE COM HIPOPITUITARISMO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENÇA CRÍTICA

Rui Parente; Beatriz Ribeiro; Patrícia Saraiva; Paula Paiva; Alexandre Louro; Maria Eugénia André

ULS Castelo Branco, Hospital Amato Lusitano

Introdução: O hipopituitarismo pode permanecer clinicamente compensado durante longos períodos, mas descompensar em contexto de doença aguda. A insuficiência adrenal secundária constitui uma causa potencialmente subdiagnosticada de instabilidade hemodinâmica em doentes críticos, sobretudo quando coexistem múltiplos fatores precipitantes.

Caso clínico: Homem de 43 anos, obeso, com antecedentes de macroadenoma hipofisário submetido a remoção parcial, complicado por hipopituitarismo (hipotireoidismo e insuficiência adrenal), com má adesão terapêutica conhecida. Recorreu ao serviço de urgência por episódio de síncope com perda de esfíncteres e desorientação subsequente. À admissão encontrava-se febril, hipotenso e anémico. A investigação revelou hemorragia digestiva alta por úlceras duodenais, infeção por Influenza A e lesão renal aguda de provável etiologia pré-renal. Admitiu-se um quadro de choque multifatorial, com contributo de hipovolémia por perdas digestivas, infeção viral e provável crise adrenal associada à insuficiência corticotrófica e incumprimento terapêutico. Durante o internamento em unidade de cuidados intensivos evoluiu com insuficiência respiratória hipercápnica refratária a ventilação não invasiva, tendo sido necessária ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor. No decurso da doença crítica desenvolveu poliúria marcada associada a hipernatremia, com resposta à desmopressina, compatível com diabetes insípida central. Verificou-se ainda rabdomiólise e agravamento transitório da função renal, ambos com evolução favorável após tratamento dirigido.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da abordagem de doentes com hipopituitarismo em contexto de doença crítica. A coexistência de múltiplos fatores precipitantes pode mascarar uma crise adrenal e contribuir para choque multifatorial. O reconhecimento precoce e a instituição de corticoterapia de stress são fundamentais para estabilização clínica e melhoria do prognóstico.

PO 167

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LÍNFOMA T PERIFÉRICO

Ana Cristina Peixoto; Rodrigo Almeida Mota; Rita Pratas; Margarida Miguel Paraíso; Ana Luísa Maceda Rodrigues; Leila Amaro Cardoso; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A síndrome constitucional exige pesquisa neoplásica sistemática. Perante massas orofaríngeas, a suspeição recai sobre neoplasias epiteliais, sendo os linfomas T extraganglionares incomuns. O Linfo-

ma T Periférico Sem Outra Especificação (LTP-SOE) é agressivo e requer correlação histológica, sendo a língua uma localização atípica, mas determinante para o diagnóstico diferencial multissistémico.

Caso clínico: Homem de 78 anos, autónomo, com história de dislipidemia. Admitido por síndrome constitucional com três meses de evolução (astenia, anorexia e perda ponderal não intencional de 20%). Ao exame Objetivo, tinha dor à palpação do hipocôndrio direito, sem adenopatias palpáveis.

Analticamente tinha anemia microcítica (Hb 7,3 g/dL; VGM 76,1 fL), estável ao longo do internamento. Tinha ferro sérico (10 µg/dL) e saturação de transferrina (8%) diminuídos, com ferritina elevada (1910,5 ng/mL). Vitamina B12 e folato normais. Velocidade de sedimentação 113 mm/h, proteína c-reativa 170,8 mg/L, hipoproteinemia (55,6 g/L) e LDH, função renal e ionograma normais.

A ecografia abdominal mostrou esplenomegalia com lesões nodulares suspeitas, motivando internamento para estudo.

O doseamento de imunoglobulinas, eletroforese de proteínas, estudo autoimune, serologias para vírus da imunodeficiência humana (VIH) e sífilis e IGRA foram negativos. Endoscopias normais. A tomografia computadorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica (TC-CTAP) mostrou lesão na base da língua, várias adenopatias e lesões esplénicas sugestivas de envolvimento secundário.

Pelo risco da biópsia esplénica, optou-se pela da língua. A histologia mostrou infiltração linfóide heterogênea e imuno-histoquímica com forte positividade para CD3, CD4, ausência de CD8 e CD56 e índice de proliferação (Ki-67) 50%. EBV negativo. Estes achados confirmaram o diagnóstico de LTP-SOE.

Foi referenciado para Oncologia e iniciou quimioterapia de intenção curativa.

Conclusão: Este caso ilustra a raridade do LTP-SOE extraganglionar mimetizando neoplasia sólida. A identificação da lesão na base da língua evitou a iatrogenia de uma biópsia visceral, assegurando o diagnóstico célere de uma patologia agressiva. Reitera-se que a valorização de focos anatómicos inesperados é crucial para o diagnóstico e terapêutica, mesmo em idade avançada.

PO 168

SÍNDROME DE BUDD CHIARI – IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE

Monica Maria Falarido Henriques Correia; Dra. Silvia Rodrigues
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Introdução: A síndrome de Budd Chiari é uma síndrome rara, caracterizada pela obstrução parcial ou total das veias hepáticas e veia cava inferior (VCI). Clinicamente apresenta-se sobre a forma de dor abdominal, ascite e hepatomegalia. É frequentemente associada a trombofilias, doenças mieloproliferativas, uso de con-

tracetivos orais, infecções ou trauma. O diagnóstico é feito através de meios complementares de diagnóstico como o EcoDoppler e a Tomografia Computorizada(TC) . **Caso clínico:** Doente de sexo masculino, 42 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e febre com 1 semana de evolução. Na admissão realizou Angio-TC abdómino-pélvica(AP), verificando-se hepatomegalia e ascite. Analiticamente destacava-se anemia e elevação das transaminases. Foi transferido para o Serviço de Internamento, evoluindo para insuficiência hepática aguda, com INR de 2.0, elevação das transaminases na ordem dos 2000 e hiperbilirrubinemia. Pediu-se um EcoDoppler abdominal que revelou trombose da VCI, envolvendo o segmento intra hepático e as veias suprahepáticas, aspetos compatíveis com Síndrome de Budd Chiari. Realizou nova AngioTC-AP, incluindo a fase venosa que confirmou o diagnóstico. Tendo em conta a gravidade do quadro clínico, foi contactada a Unidade de Cirurgia HepatoBiliopancreática mais próxima com indicação para iniciar Enoxaparina em dose terapêutica e transferência hospitalar, a ponderar necessidade de transplante hepático.

Discussão: A Síndrome de Budd Chiari tem uma grande morbilidade associada quando não detetada a tempo. Neste caso, a ausência da avaliação da fase venosa na 1ª Angio-TC realizada atrasou o diagnóstico, com o doente a evoluir para insuficiência hepática aguda. Desta forma, destaca-se a importância da inclusão da avaliação da fase venosa nas Angio-TC AP ou a realização precoce de um EcoDoppler abdominal, sempre que exista suspeita desta síndrome ou não se identifique outra causa para os quadros de lesão hepática.

PO 169

DERRAME PERICÁRDICO NO IDOSO: APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE LINFOMA NÃO-HODGKIN

Teresa Afra Rosa; Ana David Do Carmo;
Margarida L. Nascimento; José Carda; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

O derrame pericárdico (DP) no idoso pode manifestar-se de forma insidiosa. O diagnóstico diferencial é amplo, devendo incluir causas infecciosas, metabólicas, inflamatórias e neoplásicas.

Mulher de 91 anos admitida por dispneia de esforço, ortopneia e edema dos membros inferiores com 15 dias de evolução. Negou dor torácica, palpitações, febre, sudorese noturna ou perda ponderal. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrômica (Hb 9.7g/dL), leucocitose com linfocitose ($4.47 \times 10^9/L$), creatinina de 1,96 mg/dL e NT-proBNP de 2989 pg/mL. O ecocardiograma revelou DP significativo. Admitiu-se insuficiência cardíaca descompensada e otimizou-se o diurético. No entanto, evoluiu desfavoravelmente com compromisso hemodinâmico, tendo feito pericardiocentese com saída de 625ml serohemático. O líquido

pericárdico revelou um exsudado com predomínio de células mononucleares. Da investigação destacava-se: fator reumatóide positivo, hipogamaglobulinemia ligeira, consumo do complemento e serologias negativas para VIH e hepatites B e C. A TC tóraco-abdómino-pélvica excluiu neoformação, evidenciando derrame pleural bilateral, derrame pericárdico e hepatoesplenomegalia. O esfregaço de sangue periférico (SP) mostrou 11% de células atípicas. A doente iniciou colchicina com boa resposta clínica, sem recidiva de derrame. Posteriormente, a imunofenotipagem de SP revelou população monoclonal de células B (42,42%), compatível com linfoma não-Hodgkin de células B CD5/CD10 negativos, provável linfoma da zona marginal.

Este caso ilustra uma manifestação inicial rara de uma neoplasia hematológica. Embora o derrame pericárdico seja mais frequentemente associado a tumores sólidos, pode ocorrer em neoplasias hematológicas, quer por invasão tumoral direta quer por mecanismos imunomediados. Na ausência do estudo imunofenotípico do líquido pericárdico, a hipótese que colocamos como mais provável é a de um mecanismo imunomediado, sustentado pela afeção concomitante da serosa pleural e pela resposta favorável à terapêutica anti-inflamatória, previamente à terapêutica dirigida ao linfoma.

PO 170

MIOCARDITE FULMINANTE POR INFLUENZA A: ECMO-VA COMO PONTE PARA A RECUPERAÇÃO

António Cardoso Fernandes; Ana Patrícia Coelho;
Madalena Martins Vale; Joana P. Neiva; Joana Couto;
Cátia Barreiros; Soraia Oliveira; Rogério Corga Da Silva
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A miocardite fulminante (MF) é uma forma rara de miocardite (3-9% dos casos), caracterizada por uma instalação aguda com choque cardiogénico e necessidade de suporte inotrópico ou suporte circulatório mecânico (SCM). Apesar de ocorrer habitualmente associada a outros vírus, a infeção por Influenza A pode desencadear quadros fulminantes de extrema gravidade, com uma mortalidade que pode exceder os 50%, se não houver uma intervenção atempada.

Caso clínico: Mulher, 35 anos. Admitida por febre, astenia e dor torácica com uma semana de evolução. À admissão apresentava-se taquicárdica (130 bpm) e normotensa (116/83 mmHg). O ECG revelou ritmo sinusal com supradesnivelamento difuso do segmento ST de concavidade superior e infradesnivelamento de PR. Analiticamente destacava-se troponina I de 15 408 ng/L, lactatos de 5,0 mmol/L e PCR 1,33 mg/dL. Zaragatoa nasal positiva para Influenza A. O ecocardiograma à cabeceira revelou disfunção sistólica biventricular grave, hipocinésia global, câmaras de dimensões normais, com aumento global da espessura das paredes, e derrame pericárdico de pequeno volume. Admitida na UCI, com evolução para choque car-

diogénico refratário a suporte vasopressor crescente, motivando, nas primeiras horas, canulação em ECMO-VA. Cumpriu oseltamivir 75 mg bid e imunoglobulina endovenosa 1g/kg durante 3 dias e manteve suporte por ECMO durante 8 dias. À data da alta, apresentava função biventricular preservada. A ressonância magnética cardíaca aos 6 meses confirmou a normalização da função sistólica (FEVE 58%), com hiperrealce tardio subepicárdico inferolateral, sem edema ativo.

Discussão: A MF é uma entidade potencialmente fatal, frequentemente com necessidade de SCM temporário (como o ECMO-VA, utilizado em 75-85% destes casos), como “ponte para a recuperação”, e com sobrevivência hospitalar reportada de 61-72%. Este caso ilustra o sucesso da referenciação atempada, permitindo a sobrevivência e a recuperação funcional completa da doente.

PO 171

TRIPLA TOXICIDADE À LINEZOLIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

António Moreira Monteiro¹; Inês Brito¹; Ana Patrícia Freitas²; Natália Pires²; Tomás Bragança Ribau¹; Sara Rocha²

¹IPO Porto; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A linezolida pode associar-se a efeitos adversos relevantes, incluindo mielossupressão, acidose láctica e toxidermia. Apresenta-se um caso ilustrativo destas potenciais toxicidades.

Caso clínico: Sexo masculino, 65 anos, CFS 3. Antecedentes de adenocarcinoma do pulmão estágio IV (T2N0M1b), com metástase suprarrenal direita única, submetido a lobectomia superior esquerda, quimioterapia, radioterapia e metastasectomia (2019), sem evidência de recidiva em PET-FDG de controlo. Apresenta hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, tabagismo >100UMA e doença arterial periférica (com *bypass* aortobifemoral). Em 10/2024, foi submetido a cirurgia por fístula aortoentérica com hemorragia digestiva alta, com pós-operatório complicado de isquemia intestinal e endocardite da válvula aórtica. Sucederam-se múltiplos internamentos por infeção crónica do material protésico e pressão antibiótica crescente. Destaca-se novo internamento (04/2025) por bacteriemia a *Staphylococcus hominis*, com evolução favorável, e decisão multidisciplinar de antibioterapia prolongada (12 meses) com cefixima 400 mg id e linezolida 600 mg bid, em ambulatório. Em 05/2025, recorreu à urgência por náuseas e vômitos com 3 semanas de evolução, associados a *rash* maculopapular pruriginoso generalizado. À admissão, apresentava acidemia metabólica (pH 7,26, HCO₃⁻ 21,4 mmol/L, lactatos 3,4 mmol/L) e pancitopenia (hemoglobina 7,2 g/dL, plaquetas 33000/UL, leucócitos 3000/UL). Após exclusão de outras causas, todos os achados foram filiados em toxicidade à linezolida. Ficou internado, tendo sido feito *switch* para daptomicina, com resolução total dos sintomas,

da trombocitopenia e leucopenia, pelo que teve alta hospitalar com esquema de antibioterapia com daptomicina 750 mg id e cefixima 400 mg id.

Discussão: Este caso ilustra a tríade de toxicidade grave associada ao uso prolongado de linezolida e reforça a importância da vigilância clínica e laboratorial periódica durante esquemas terapêuticos prolongados.

PO 172

DA HIPONATREMIA AO DIAGNÓSTICO DE MACROADENOMA HIPOFISÁRIO – UM CASO CLÍNICO

António Moreira Monteiro¹; Inês Brito¹; Ana Patrícia Freitas²; Natália Pires²; Tomás Bragança Ribau¹; Sara Rocha²

¹IPO Porto; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os tumores neuroendócrinos pituitários (PitNET) retratam 10-15% dos tumores intracranianos. O diagnóstico é habitualmente tardio e a apresentação clínica resulta, na maioria dos casos, do efeito de massa provocado pelo crescimento tumoral sobre estruturas adjacentes.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia e hipotireoidismo. Recorreu à urgência por náuseas e vômitos pós-prandiais com 1 semana, associados a perda ponderal >10Kg, astenia e anorexia com 3 meses de evolução. Realizou TC-TAP e EDA em ambulatório que não mostraram alterações. Evolução clínica caracterizada por *delirium* com atividade alucinatória, admitidos no contexto de síndrome de Charles-Bonnet em doente com hipovisão bilateral de novo. Analiticamente, salientava-se hiponatremia euvolémica (126 mmol/L). Na suspeita de síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética, realizou TC-CE, que identificou volumosa lesão expansiva intraselar, com crescimento supra e parasselar, suspeita de macroadenoma. A restante investigação laboratorial mostrou pan-hipopituitarismo com hipogonadismo hipogonadotrófico (LH 0,16 mUI/mL e FSH 7,53 mUI/mL), hipocortisolismo (0,6 ug/dL) e hiperprolactinemia (46,15 ng/mL). A RM da hipófise comprovou presença de efeito de massa sobre o quiasma ótico e aparente contacto com o nervo ótico à esquerda. Teve alta hospitalar com hidrocortisona (20 mg + 10 mg id) e foi referenciada a Neurocirurgia, tendo sido submetida a exérese parcial da lesão, com confirmação histológica de PitNET gonadotrófico. A 1 mês de *follow-up*, apresentou total resolução dos sintomas.

Discussão: As manifestações clínicas dos PitNET gonadotróficos são vulgarmente inespecíficas, podendo acompanhar-se de alterações endócrinas significativas ou distúrbios hidroeletrólíticos, sendo fulcral uma elevada suspeição clínica perante quadros constitucionais ou alterações hormonais inexplicadas, sob prejuízo de um diagnóstico etiológico tardio.

PO 173

QUANDO O AR SE FAZ MARÉ: UM CASO DE CARCINOMATOSE LEPTOMENÍNGEA

Luis Couto¹; Fernando Esculcas¹; Catarina Bernardes²; Maria Glória Alves¹

¹Medicina - CHAA - Hospital Senhora Da Oliveira - Guimarães; ²Centro Hospitalar Do Alto Ave, Epe / Hospital Da Senhora Da Oliveira

Introdução: A carcinomatose leptomeníngea (CL) define-se pela infiltração multifocal do espaço subaracnoideu e das leptomeninges por células neoplásicas; ocorre em até 3-5% dos doentes com neoplasias sólidas. A CL como manifestação inaugural de uma neoplasia oculta é rara e pode mimetizar quadros de hidrocefalia de pressão normal, meningites crônicas ou doenças neurodegenerativas. A sobrevida raramente ultrapassa 3-4 meses.

Caso clínico: Homem de 74 anos, antecedente de adenocarcinoma do pulmão há mais de 5 anos com alta de IPO. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de 2 meses de evolução inicialmente com cefaleia e febre vespertina intermitente e posteriormente com ataxia da marcha, desorientação temporoespacial e alterações mnésicas. Após internamento realizou investigação extensa, nomeadamente TC cerebral e RMN (sem explicação para quadro), EEG (normal), análise de líquido cefalorraquidiano (LCR) incluindo citologia, anticorpos antineuronais, rastreio neoplásico incluindo TC toraco-abdomino-pélvica.

Perante agravamento neurológico com prostração e instabilidade postural severa, uma nova TC revelou hidrocefalia comunicante. Foi transferido para Neurocirurgia para colocação de derivação ventricular externa (DVE). A citologia de LCR obtido a partir de DVE revelou a presença de células malignas com morfologia de adenocarcinoma. Apesar da intervenção neurocirúrgica, o curso clínico foi inexorável, com o doente a desenvolver estado de mal epilético, vindo a falecer pouco tempo após confirmação diagnóstica de adenocarcinoma pulmonar com metastização leptomeníngea (estadio IVB).

Discussão: Este caso clínico sublinha a CL como “armadilha diagnóstica”, sendo que a citologia de LCR pode exigir colheitas repetidas para aumentar a sensibilidade. A invasão meníngea altera drasticamente a dinâmica do LCR e o microambiente cerebral, facilitando a progressão tumoral e a resistência à terapêutica sistémica convencional. A futilidade da derivação ventricular neste caso reitera ainda que o prognóstico é ditado pela agressividade biológica das células neoplásicas e não apenas pela mecânica do LCR.

O diagnóstico citológico e a abordagem paliativa céleres são essenciais para evitar procedimentos invasivos fúteis e garantir o conforto do doente num cenário de sobrevivência limitada.

PO 174

PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Amaral Pinto; Rui Salvador; Marta Bastos; Sérgio Campinha; João Pedro Gomes

ULS Gaia/Espinho

Introdução: A pneumonia organizativa criptogénica (POC) é uma entidade inflamatória pulmonar rara, frequentemente confundida com pneumonia adquirida na comunidade (PAC), com resposta insatisfatória a antibiótica. O seu reconhecimento é essencial perante recorrência e atingimento de diferentes lobos, com o Objetivo de instituir uma terapêutica adequada e minimizar complicações.

Caso clínico: Homem, 66 anos, ex-fumador (64 UMA), HTA essencial, síndrome da apneia obstrutiva do sono e fibrilhação auricular. Dois internamentos prévios nos últimos três meses por insuficiência respiratória (IR) tipo 1 grave, interpretada como PAC e pneumonia nosocomial, respetivamente, tendo realizado quatro ciclos de antibiótica. Após cinco dias da alta do último internamento, recorre ao serviço de urgência por novo agravamento da dispneia para pequenos esforços e tosse produtiva. Apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico e com IR tipo 1 (Rácio paO_2/fiO_2 153), tendo sido internado na unidade médica intermédia do serviço de Medicina Interna. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia, Proteína C-Reativa 14,7mg/dL e velocidade de sedimentação >120mm/h. Iniciou meropenem e vancomicina empiricamente, tendo completado 7 dias. Estudos microbiológicos sem isolamento de agentes repetidamente, incluindo hemoculturas, antígenos urinários, lavado broncoalveolar e painel de vírus respiratórios. TC torácica de alta resolução evidenciou consolidações bilaterais, de padrão migratório, vidro despolido adjacente e broncograma aéreo. Realizou biópsia pulmonar transtorácica e coloca-se então a hipótese de POC e iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia. A biópsia veio confirmar este diagnóstico. Observou-se melhoria clínica e analítica, tendo tido alta sob oxigenoterapia de baixo débito para hospitalização domiciliária.

Discussão: Este caso ilustra a importância de considerar POC perante pneumonia recorrente, migratória e sem isolamento microbiológico. O reconhecimento precoce permite instituir corticoterapia adequada, com impacto no prognóstico e redução de exposição anti-biótica desnecessária.

PO 175

LESÃO HEPÁTICA AGUDA GRAVE INDUZIDA POR SUPLEMENTO DE EMAGRECIMENTO

Inês Amaral Pinto¹; Tiago Silveira Rosa²; Ana Raquel Figueiredo³; Joana Calvão⁴; José Presa⁴; Paulo Carrola⁴

¹Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves;

³Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; ⁴Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Introdução: A lesão hepática induzida por fármacos ou produtos de ervanária (DILI) é uma causa relevante de hepatite aguda e pode evoluir para falência hepática aguda (FHA). O crescente consumo de suplementos de emagrecimento adquiridos online, tem sido associado a casos graves de hepatotoxicidade.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, autónoma, iniciou suplemento alimentar para emagrecimento (“*Tummy Tox*”) que manteve durante 14 dias. Uma semana após suspensão, recorreu ao serviço de urgência por icterícia, sem febre ou dor abdominal. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, sem flapping ou outros sinais de encefalopatia hepática. Analiticamente, apresentava citólise hepática (AST 797 U/L, ALT 957 U/L), bilirrubina total (BT) 18,2 mg/dL (à custa da direta), INR 1,46 e albumina 3,2 g/dL. Classificada com 8 pontos na escala de Child-Pugh B. Admitida no internamento para estudo etiológico e gestão terapêutica, tendo iniciado e cumprido 7 dias de acetilcisteína. Estudo virológico negativo, ANAs 1:160 padrão nuclear mosqueado fino, fator R ~13, restante estudo imunológico negativo. Pontuava 6 na escala de RUCAM. Por positividade de ANA e possível mecanismo imunomediado, iniciou prednisolona 0,5 mg/kg/dia que cumpriu durante 15 dias, com desmame posteriormente.

Inicialmente, apresentou agravamento analítico até ao 13º dia de internamento com perfil ascendente de BT com máxima ~22 mg/dL e INR máximo de 1,67. Clinicamente, manteve-se estável durante o internamento, sem sinais de encefalopatia hepática.

Realizou biópsia hepática a confirmar DILI, com áreas de necrose hepatocelular, sem fibrose estabelecida.

Após este período, iniciou padrão de melhoria, com descida sustentada do padrão de citólise hepática e melhoria dos parâmetros de função hepática (INR 1,10; BT 9,1 mg/dL à data de alta), tendo tido alta ao 18º dia de internamento, com seguimento em hospital de dia.

Discussão: Este caso ilustra a potencial gravidade dos suplementos de venda livre e a importância da suspeição de DILI perante hepatite aguda. A suspensão imediata do agente e tratamento de suporte são essenciais.

PO 176

LESÃO TUMORAL PRIMITIVA DA VEIA CAVA SUPERIOR ?

Nádia Marcos; Daniel Teixeira; Catarina Campos Carneiro; Domingos M'boto; Teresa Passos Da Fonseca; Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é uma entidade clínica desafiante, sobretudo quando levanta hipóteses incomuns com marchas diagnósticas complexas. Apresenta-se o caso de um homem de 62 anos com antecedentes de VIH-1 (bem controlado) que recorreu ao Serviço de Urgência por edema e plétora cervicofacial com 7 dias de evolução. Realizou angio-TC de tórax que evidenciou trombose tumoral da VCS e obliteração desta por volumosa lesão sólida com extensão à região peri-hilar superior e para-mediastínica direita. O doente não tinha indicação para colocação urgente de stent pela Cirurgia Vascular e iniciou anticoagulação terapêutica.

Como etiologias hipotetizaram-se neoplasia do pulmão versus neoplasia linfoproliferativa versus lesão primitiva da parede vascular da VCS (leiomiossarcoma – apesar de muito mais raro). Pela localização, a biópsia guiada por imagem não foi possível. Foi também recusada biópsia por toracoscopia (pelo risco conferido). Procedeu-se a biópsia dos gânglios adjacentes por Endobronchial Ultrasound (EBUS). Por fim, foi realizada biópsia urgente da massa por via endovascular pela Cardiologia (pois, caso se tratasse de sarcoma, seria pouco provável resultado com histologia ganglionar). Entretanto, as biópsias ganglionares por EBUS evidenciaram carcinoma pulmonar de não pequenas células com diferenciação neuroendócrina. Este caso alerta para vários diagnósticos diferenciais possíveis, com marcha diagnóstica muito exigente e atípica, mas essencial até obter um resultado definitivo. Realça-se ainda a apresentação atípica do tumor do pulmão neuroendócrino de não pequenas-células (entidade rara, constituindo 3% dos tumores pulmonares). O resultado histológico foi crucial para iniciar o correto tratamento da neoplasia. Foi necessária uma enorme coordenação em equipa multidisciplinar (Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Pneumologia, Oncologia, Anatomia Patológica), evidenciando o elo de ligação fundamental da Medicina Interna.

PO 177

CERVICALGIA - NUNCA IGNORAR MENINGITE... MESMO QUANDO NÃO É ÓBVIO

Nádia Marcos; António Martins Baptista; Teresa Passos Da Fonseca; Ana Júlia Pedro; Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

A tríade de cefaleia, febre e rigidez da nuca é a apresentação clássica da meningite. No entanto, não raramente, os doentes mencionam sintomas atípicos, o

que pode confundir o clínico e mesmo comprometer a hipótese diagnóstica (por vezes life-saving, sendo imperativa a sua exclusão). Exponho o caso de uma meningite que se manifestou unicamente com queixas de cervicalgia.

Mulher de 43 anos, autônoma, hospedeira de bordo, sem antecedentes relevantes. Referia viagens recentes ao Brasil (dois meses antes e sem ter realizado profilaxias) e a Marrocos (na última semana). Recorreu às urgências por cervicalgia intensa, atraumática, que associava a cefaleia “de tensão”, refratária à analgesia com quatro dias de evolução. A analgesia intravenosa não surtiu efeito. A intensidade da dor motivou realização de exame de imagem (TC crânio-encefálica e cervical) com resultado inocente. Estudo analítico igualmente inocente. Após permanência de quase 24h no serviço de urgência sem melhoria, constatou-se pico febril (38.6°C) e percebeu-se, após exame Objetivo cuidado, que apresentava rigidez da nuca. Sinais de Brudzinski e Kerning ausentes. Realizou punção lombar com saída de líquido cefalorraquidiano turvo, proteinorráquia de 137 mg/dL, glicorráquia de 51 mg/dL e pleocitose com 358.4 células/mm³ com predomínio de polimorfonucleados. Iniciou empiricamente ceftriaxone, vancomicina e dexametasona. Durante o internamento, foi pedido FilmArray do LCR com identificação do Vírus Herpes Simplex 2. Suspendeu antibioterapia e dexametasona e iniciou aciclovir. Ao fim de sete dias, fez switch para valaciclovir oral e cumpriu 14 dias de tratamento.

O presente caso ilustra a importância de não ficar refém da primeira hipótese diagnóstica quando a história clínica não parece conduzir à identificação inequívoca do problema. Ressalta-se também a importância da semiologia e de manter sempre um espírito inquisitivo.

PO 178

UMA CAUSA RARA DE HIPOGLICÉMIAS RECORRENTES

Nádia Marcos; António Martins Baptista;
Teresa Passos Da Fonseca; Ana Júlia Pedro;
Ana Furão Rodrigues

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

NIPHS (Non-Insulinoma Pancreatogenous Hypoglycemia Syndrome) é uma condição rara, com início na vida adulta, resultante da hiperfunção das células β pancreáticas, provocando hipoglicémias pós-prandiais (2 a 4h após refeições).

Mulher de 52 anos, dependente, institucionalizada por défice cognitivo grave. Antecedente de gastrectomia por neoplasia (emanel de sinete, sem recidiva). A doente foi admitida no Serviço de Urgência (SU) por hipoglicemia grave (28 mg/dL) associada a prostração “de novo”. No SU, objetivaram-se mais 3 episódios de hipoglicemia (37 mg/dL; 54 mg/dL; 58 mg/dL) com melhoria transitória dos sintomas após correção com

glicose hipertônica, mas com recidiva rápida. Cumpria critérios de tríade de Whipple (hipoglicemia sintomática com melhoria após glucose). Negada possibilidade de administração de fármacos hipoglicemiantes e jejum prolongado. Sem clínica de dumping, sem ganho ou perda ponderal recente e sem sintomatologia autonómica. Excluída diabetes mellitus (clínica e anti-GAD negativo); hipoglicemia auto-imune (Ac anti-insulina negativo, Ac. Anti-IA-2 negativo) e insuficiência suprarrenal (cortisol e ACTH sem alterações relevantes). TC e RM abdominais sem alterações do pâncreas. Dada a possibilidade de hipoglicemia hiperinsulinêmica, realizou teste de jejum de 72h (gold-standard para diagnóstico de insulinoma), sem registo de hipoglicémias. Observou-se hipoglicemia de 51 mg/dL 3 horas após reintrodução de alimentação (com glicemia 37 mg/dL; pepC 4,87ng/mL, insulina 8,8uU/mL). Assumiu-se assim NIPHS. O tratamento foi feito com fracionamento de Hidratos de Carbono (HC) e redução de HC livres, reforço proteico e acarbose 25 mg às grandes refeições.

O NIPHS é raro e mais frequente em doentes com antecedentes de cirurgia do trato gastrointestinal superior, tal como neste caso. Hipotetiza-se que ocorra por alterações na secreção do GLP-1 (glucagon-like peptide-1). É crucial o diagnóstico diferencial com insulinoma e a suspeita clínica se a restante marcha diagnóstica for negativa.

PO 179

PARACOCCIDIOIDOMICOSE: A DOENÇA CR(H)ÓNICA MENTIROSA

Bárbara Lemos; Mariana Gaspar Pedrosa; Adriano Neto;
Vasco Inácio Franco; Diana Catarina Pires Vendeiro;
Margarida Cerqueira; Renato Saraiva

ULS - Região de Leiria

A paracoccidiodomicose é uma infeção granulomatosa sistémica, com afeção gastrointestinal em apenas 10-30% dos casos. É endémica da América do Sul, sendo 80% dos casos associados ao Brasil. Homem, 28 anos, natural no Brasil, em Portugal há 5 meses.

Observado no Serviço de Urgência por dor abdominal, com 3 semanas de evolução, acompanhado de astenia, anorexia e perda ponderal. Foi realizada TC com descrição adenomegalias mesentéricas com liquefação e hepatoesplenomegalia.

Após estudo de causa infecciosa negativo (IGRA, hepatites, VIH, serologias TORCH, sífilis, brucela, leishmaniose e outros), realizou despiste de contexto paraneoplásico, tendo sido encontradas adenopatias em região cervical, axilar e inguinal. Fez exérese de uma inguinal e teve alta orientado para consulta. Regressou por agravamento da dor abdominal, interpretado em contexto de apendicite e realizada apendicectomia. Ambas as peças histológicas demonstraram inflamação transmural e granulomas epitelioides não necrotizan-

tes, sugestivas de doença inflamatória intestinal (DII). Colheu ASCA IgA e IgG e fez entero-RM com alterações sugestivas de DII em atividade.

Apesar da atipia pela distribuição sistêmica, iniciado trial com corticoterapia em alta dose, o que levou ao agravamento clínico. À posteriori surgiram lesões cutâneas, aumento das dimensões das adenopatias e agravamento respiratório.

Foi realizada exérese de um gânglio cervical, cuja avaliação anatomopatológica revelou positividade para PAS. Iniciadas terapêutica antibiótica de largo espectro e antifúngica, com contínuo agravamento clínico. Pela manutenção de suspeita de infecção fúngica, foi realizada nova exérese de gânglio axilar, cuja avaliação anatomopatológica identificou imagem em “roda de leme” na coloração Grocott, com maior probabilidade de corresponder a *Paracoccidioides* dado o contexto epidemiológico.

Apesar de infrequente em Portugal, a paracoccidioidomicose deve ser sempre equacionada em doentes que vivem ou que recentemente estiveram em áreas endêmicas, em especial como diagnóstico diferencial de DII.

PO 180

DOR CERVICAL PERSISTENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: À QUARTA FOI DE VEZ

Gisela Moreira Pinheiro; Luísa Veiga De Sousa; Nuno Cerejeira; Joana Cordeiro E Cunha

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A espondilodiscite é uma patologia rara, com diagnóstico desafiante e que exige uma abordagem multidisciplinar. A apresentação frequentemente inespecífica pode atrasar o diagnóstico e o início do tratamento, aumentando a morbi-mortalidade. O tratamento deve ser iniciado imediatamente perante forte suspeita diagnóstica.

Caso clínico: Homem de 71 anos, autónomo, com hipertensão arterial, recorreu 4 vezes ao Serviço de Urgência (SU) por cervicalgia posterior intensa, sem irradiação, com uma semana de evolução. Nas duas primeiras vezes teve alta com terapêutica sintomática. Na terceira admissão apresentou febre e elevação dos marcadores inflamatórios; a tomografia computadorizada (TC) cervical mostrou apenas alterações degenerativas. Colheu hemoculturas (HC) que ficaram em curso e teve alta medicado com antibioterapia empírica.

Regressa passado 2 dias por parésia bilateral de novo dos membros superiores. Ao exame Objetivo destacava-se parésia de predomínio proximal (força 2/5), sem outras alterações neurológicas de relevo. A TC cervical repetida manteve apenas alterações degenerativas. As HC colhidas previamente isolaram *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina. Dada a elevada suspeita clínica, realizou ressonância magnética cervical, que revelou espondilodiscite cervical complicada com abscesso epidural intracanal em C4–C5, condicionando

compressão medular, associada a hypersinal discal em C5–C6 e abscesso pré-vertebral. O caso foi discutido com Ortopedia, tendo sido submetido a laminectomia urgente. Cumpriu antibioterapia dirigida prolongada, com evolução clínica e analítica favorável.

Discussão: Este caso reforça a importância da elevada suspeição clínica perante queixas algícas intensas responsáveis por múltiplas idas ao SU num curto período, mesmo na ausência de sinais de alarme no estudo inicial. A rápida progressão para défices neurológicos levou à intervenção multidisciplinar urgente, permitindo a confirmação do diagnóstico e adequada orientação terapêutica

PO 181

ESPONDILODISCITE POR *BACILLUS CEREUS*: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Joana Serranho; Luís Siopa; Ana Oliveira; Abel Branco; Tetiana Baiherych; Joana Jardim; Beatriz Vital

Hospital de Santarém

A espondilodiscite corresponde a infecção do disco intervertebral com envolvimento dos corpos vertebrais adjacentes, frequentemente decorre de disseminação hematogénea a partir de um foco infeccioso. Tradicionalmente associada a agentes como *Staphylococcus Aureus* ou enterobactérias, a identificação de *Bacillus Cereus* (BC) como etiologia vertebral é rara e coloca desafios diagnósticos.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 70 anos, com antecedentes relevantes de prótese biliar por litíase da via biliar principal e talassemia minor, internada por pielonefrite aguda, posteriormente complicada com bacteriemia a *Escherichia Coli* produtora de $\uparrow$ -lactamas (ESBL). Após cumprir antibioterapia dirigida, verificou-se melhoria parcial. Contudo, manteve elevação dos parâmetros inflamatórios de forma persistente, acompanhado de lombalgia progressiva. A Ressonância Magnética revelou espondilodiscite a nível de L2–L3 com abscessos do músculo psoas bilaterais. O exame cultural do fragmento ósseo biopsado isolou *Bacillus Cereus*. Foi instituída antibioterapia com Vancomicina durante 12 semanas, com evolução favorável sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Neste caso, colocar-se-ia a hipótese de disseminação hematogénea por enterobactéria causadora da infecção urinária, como agente mais provável de espondilodiscite, pelo que o isolamento de *Bacillus Cereus* foi um achado inesperado, mais ainda por se tratar de uma etiologia extremamente rara. Considerando a capacidade que o *Bacillus Cereus* apresenta para formação de biofilme e colonização em material protésico, admitimos que a prótese biliar da doente tenha sido o *nidus* inicial do agente etiológico.

PO 182**FIBRILHAÇÃO AURICULAR DE NOVO – A MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DA DOENÇA DE GRAVES NO DOENTE IDOSO**

Joana Serranho; Luís Siopa; Ana Oliveira; Abel Branco; Tetiana Baiherych; Joana Jardim; Beatriz Vital

Hospital de Santarém

O hipertiroidismo de novo em indivíduos com mais de 70 anos é uma entidade incomum, mas clinicamente relevante pela sua forte associação a complicações cardiovasculares, particularmente fibrilhação auricular (FA). Entre as etiologias, a Doença de Graves constitui a principal causa de hipertiroidismo autoimune, embora raramente diagnosticada em idade avançada. A apresentação clínica tende a ser atípica ou oligossintomática, podendo ser designada de tireotoxicose apática. Este caso clínico descreve um doente de 76 anos, autónomo, admitido no Serviço de Urgência (SU) por queda que resultou em imobilização prolongada no chão de sua casa. À admissão encontrava-se em FA de novo com resposta ventricular rápida (~190 bpm), acidose metabólica e rabdomiólise grave (CK >42 000 U/L) com lesão renal aguda. A anamnese mais detalhada revelou quadro de fraqueza muscular progressiva nos dias anteriores à admissão. Ainda no SU iniciou fluidoterapia, anticoagulação e controlo da frequência ventricular com amiodarona e β -bloqueador. O estudo analítico revelou TSH suprimida (<0,01 mUI/L) e T4 livre elevada, confirmando tireotoxicose. Instituiu-se terapêutica antitiroideia com propiltiouracilo em dose de carga, associada a corticoterapia. Verificou-se conversão para ritmo sinusal com estabilização hemodinâmica e melhoria progressiva da força muscular.

Durante o internamento, houve recuperação da função renal, redução sustentada da CK e posterior transição para metimazol. A presença de anticorpos anti-receptor da TSH (TRAb) confirmou a Doença de Graves como etiologia do hipertiroidismo.

Este caso evidencia que a Doença de Graves pode manifestar-se de forma inaugural em idade avançada, com apresentações atípicas, nomeadamente a FA e miopatia.

PO 183**TROMBOSE ARTERIAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA**

Ana Mondragão; Vasco Tavares; Sara Viana; Francisca Carmo; Guilherme Jesus; Tiago Fernandes; Mariana Gonçalves; Fátima Silva; Rafaela Veríssimo

ULSGE - Gaia

Doente 63 anos, antecedentes pessoais de trombose arterial tibio-peroneal, submetida a trombectomia farmacomecânica 1 mês antes da admissão; mãe com artrite reumatoide. Recorre ao SU por dor abdominal, vômitos alimentares, cefaleias e emagrecimento de 8 quilos em 2 meses. Concomitantemente apresentava

artralgias e rigidez matinal. Do estudo realizado no SU destaca-se TC abdomino-pélvico com trombo flutuante no arco aórtico com extensão subclávia esquerda condicionando estenose crítica/oclusão praticamente completa neste segmento do vaso, e com múltiplas embolizações (membro inferior direito, enfartes em ambos os rins, enfarte esplénico e oclusão completa do terço proximal da artéria femoral profunda direita). Internada no serviço de Cardiotorácica e realizou cirurgia complexa com exérese de lesão endoluminal da crossa da aorta; macroscopicamente aorta espessada. Durante o internamento na Unidade de Intensivos da Cardiotorácica foi requisitada colaboração à Medicina Interna para estudo da etiologia do trombo.

Objetivamente a destacar dor à palpação de ambas as artérias temporais, endurecidas com pulso diminuído e pulso radial esquerdo menos amplo.

Analitivamente tinha leucocitose de $15 \times 10^3/\mu\text{L}$, Título Anticorpos anti-nucleares 1/160 com padrão mosqueado, VS >120mm/hr e Ecodoppler das artérias temporais e axilares com irregularidades da parede arterial e do fluxo, e sinal patognomônico do halo. Assumiu-se Artrite de Células Gigantes com provável úlcera da parede e iniciou pulsos de metilprednisolona e, posteriormente, prednisolona. Estudo genético negativo. TC toraco-abdomino-pélvico aos 3 meses sem alterações. Após 1 ano início de dor lombar súbita, realizou TC AP e apresentava metastatização na coluna lombar de neoplasia renal bilateral.

A associação entre trombose e neoplasia está bem estabelecida, particularmente a venosa, sendo a arterial menos frequentemente reconhecida. A trombose arterial sem etiologia evidente — aterosclerose significativa, fibrilhação auricular, dissecação, vasculite confirmada ou estados trombofílicos conhecidos — deve levantar a suspeita de estado pró-trombótico secundário. Os doentes devem manter follow up de pesquisa de neoplasia pois em alguns casos a trombose precede o diagnóstico oncológico em meses.

PO 184**DIARREIA INFLAMATÓRIA E PIODERMA GANGRENOSO-LIKE INDUZIDOS POR ETANERCEPT: UMA REAÇÃO PARADOXAL**

Inês Duro; Carolina Silva Câmara; Marta Cunha; Luísa Viveiros; António Marinho

Unidade de Imunologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: A terapia com inibidores do fator de α (anti-TNF- α) é um dos pilares do tratamento de doenças inflamatórias sistémicas tais como artrite psoriática (APs). Contudo, estão descritos fenómenos paradoxais de aparecimento ou exacerbação de manifestações habitualmente responsivas ao bloqueio do TNF, incluindo doença inflamatória intestinal e dermatoses neutrofílicas. Raramente descritos e pouco compreendidos,

estes eventos levantam desafios diagnósticos relevantes, exigindo distinção entre atividade da doença de base, infecção, neoplasias e iatrogenia.

Caso clínico: Mulher de 45 anos, com APs diagnosticada em 2015, sob etanercept (ETN) há 3 anos, após falência secundária a adalimumab, em remissão sustentada. Apresenta quadro com 2 semanas de evolução de diarreia inflamatória, aftose oral e lesões ulceradas dolorosas dos membros inferiores, sugestivas de pioderma gangrenoso. Analiticamente, de novo, com elevação de proteína C reativa, velocidade de sedimentação e calprotectina. A biópsia cutânea revelou dermatite de interface liquenóide; exame microbiológico a excluir infecção. Endoscopias digestiva alta e baixa sem lesões macroscópicas e biópsias normais. Perante suspeita de reação paradoxal a ETN, suspenso fármaco e iniciada prednisolona 1mg/kg/dia. Evolução com melhoria clínica franca e resolução progressiva do quadro, a sustentar a hipótese diagnóstica. Realizado *switch* subsequente para infliximab, com remissão clínica sustentada e mantida à data.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação multissistêmica de reação paradoxal tardia a um anti-TNF- α , uma complicação subdiagnosticada que requer um elevado nível de suspeição. Destaca-se o sucesso do *switch* para outro anti-TNF, desafiando paradigmas anteriores sobre eventual efeito de classe.

PO 185

QUANDO A CURA COMPLICA: UM CASO DE HIPEREOSINOFILIA AO ALOPURINOL

Inês Duro; Isabel Fonseca Silva; Luísa Serpa Pinto; Álvaro Ferreira

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Santo António, ULS de Santo António, Porto, Portugal

Introdução: A hipereosinofilia, definida como uma contagem absoluta de eosinófilos $\geq 1.500/\mu\text{L}$, pode ter diversas etiologias - alérgicas, infecciosas, neoplásicas e iatrogénicas - constituindo frequentemente um desafio diagnóstico, sobretudo quando cursa com evolução flutuante e ausência de manifestações clínicas evidentes. Pelo risco de lesão de órgão-alvo, nomeadamente na síndrome hipereosinofílica, exige uma investigação exaustiva e monitorização apertada.

Caso clínico: Homem de 59 anos, com artrite gotosa tofácea de elevada morbilidade e anafilaxia prévia ao alopurinol, submetido a dessensibilização há 8 anos por falência de alternativas hipouricemiantes. Apresentava eosinofilia de evolução flutuante desde há 5 anos, sem sintomatologia associada ou resposta a tratamento empírico com anti-helmíntico. Admitido eletivamente para estudo por agravamento analítico (8540 eosinófilos/ μL), associado a astenia e adenopatias supradiaphragmáticas. Realizou estudos imunológico, serológico, parasitológico e de acometimento de órgão (a incluir tomografia por emissão de positrons), sem alte-

rações relevantes. Assumida iatrogenia ao alopurinol como etiologia mais provável. Contudo, perante ausência de alternativas terapêuticas, optou-se por manter o fármaco após ponderação criteriosa do risco/benefício. Evolução favorável sob corticoterapia sistémica com resolução célere da eosinofilia, tendo resumido seguimento habitual. Atualmente, mantém eosinofilia flutuante, sem critérios de gravidade.

Discussão: A hipereosinofilia associa-se a risco significativo de lesão de órgão-alvo, não devendo ser desvalorizada. A sua associação ao alopurinol, embora raramente reportada, pode ocorrer, mesmo após dessensibilização. Este caso enfatiza a necessidade de um elevado índice de suspeição para iatrogenia, mesmo perante quadros assintomáticos e de exposição crónica, e da importância de orientação terapêutica individualizada.

PO 186

NO LIMITE: DESAFIOS SOCIAIS E MÉDICOS DA HEPATITE ALCOÓLICA AGUDA

Inês Pereira Ribeiro; Margarida Cardoso Oliveira; Andreia Tavares; Sérgio Monteiro; Maria Luísa Olim; Rui Seixas; Sara Silva Santos

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: O consumo abusivo de álcool está associado a um espectro de manifestações hepáticas que vão desde esteatose até cirrose, podendo originar hepatite alcoólica aguda (HAA). Esta é uma forma particularmente grave com risco de falência hepática aguda e morte, com prevalência crescente entre a população mais jovem nos últimos anos.

Descrição: Homem, 28 anos, autónomo, cognitivamente íntegro, com perturbação do uso de álcool desde os 12 anos, agravada nos últimos 5 anos (300 g/dia). Hábitos toxifílicos cessados há 2 anos, sem medicação habitual ou alergias conhecidas. Contexto social precário e história familiar de alcoolismo.

Recorreu ao SU por icterícia e diarreia com 2 semanas de evolução, associadas a parestesias dos membros inferiores. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, lentificado, desorientado no tempo, flapping, marcada icterícia da pele e mucosas, abdómen globoso e depressível.

Analiticamente: Hb 12g/dL, plaquetas 102000/ μL , INR 1.7, K⁺ 2.4mmol/L, amónia 113.7 $\mu\text{mol/L}$, bilirrubina total 29.3mg/dL (direta 19.33mg/dL), AST 335U/L, ALT 31U/L (índice AST/ALT 11), GGT 540U/L e PCR 37.8mg/dL. Ecografia abdominal: hepatomegalia, esteatose marcada e pequena ascite. TC crânio-encefálica sem alterações. Excluída infecção.

Internado em Unidade de Cuidados Intensivos por falência hepática aguda secundária a provável HAA grave (Maddrey 63). Discutida possibilidade de transplante precoce, recusada pelo elevado risco de recaída e au-

sência de suporte familiar. Iniciou N-acetilcisteína, pentoxifilina e prednisolona 40mg, com resposta favorável (Lille 7.º dia 0.03). O estudo etiológico excluiu outras causas de doença hepática. Teve evolução favorável e alta com indicação para completar 28 dias de corticoterapia. Orientado para consulta de Medicina Interna.

Conclusão: A HAA grave associa-se a mortalidade de 25–45% aos 30 dias. O transplante hepático precoce pode ser considerado na ausência de resposta à corticoterapia. A avaliação do suporte social e psicológico é fundamental na seleção destes doentes, dado o elevado risco de recaída.

PO 187

ENDOCARDITE INFECIOSA POR CUTIBACTERIUM ACNES: A RELEVÂNCIA DE UM AGENTE MICROBIOLÓGICO INCOMUM

Ana Lopes; Catarina Santos Reis; Inês Isabel Trancoso; Margarida Vinhas; Filipe Martins; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde de São João

Cutibacterium acnes (*C. Acnes*), uma bactéria comensal da pele, tem sido cada vez mais reconhecida como agente etiológico de endocardite de prótese valvular. O seu comportamento indolente e o seu lento crescimento cultural tornam o seu diagnóstico particularmente desafiante.

Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos, com antecedentes de substituição valvular aórtica com prótese biológica por estenose aórtica grave, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por disartria e desvio da comisura labial com dois dias de evolução, referindo um pico febril de 39°C no domicílio. Ao exame Objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável e apirético, apresentando sopro panfocal à auscultação cardíaca e parésia facial central direita. Analiticamente destacava-se proteína C-reativa elevada (41,1 mg/L) e NT-proBNP aumentado (5189,5 pg/mL). O eletrocardiograma, radiografia torácica e a tomografia computadorizada crânio-encefálica não evidenciaram alterações. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, que revelou uma estrutura nodular hiperecogénica móvel sugestiva de vegetação, associada a regurgitação aórtica grave.

Embora a apresentação inicial sugerisse um evento cerebral isquémico agudo, os achados ecocardiográficos e a presença de prótese valvular levantaram a suspeita de endocardite com embolização sistémica. A ressonância magnética cerebral demonstrou múltiplos enfartes embólicos e o ecocardiograma transesofágico revelou uma vegetação de 15 × 13 mm na cúspide não coronária. As hemoculturas positivaram para *C. acnes* ao 17º dia de incubação, achado inicialmente interpretado como contaminação. Perante disfunção valvular severa, foi realizada substituição valvular após seis semanas de antibioterapia endovenosa. As culturas da

válvula intraoperatórias foram negativas, mas a PCR 16S rRNA confirmou a presença de *C. acnes*, permitindo estabelecer o diagnóstico definitivo.

O reconhecimento de *C. acnes* como agente causal de endocardite infecciosa é fundamental, sobretudo em situações de crescimento cultural lento. A extensão do período de incubação das hemoculturas e o recurso a técnicas de indentificação molecular podem ser fundamentais na sua identificação, prevenindo atrasos no diagnóstico e permitindo a instituição de terapêutica adequada.

PO 188

MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA: UM DESAFIO

Jessica Miranda Oliveira; Ana Rita Tomás; Rita Vilar; Eva Lopes; Luísa Marques
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A tuberculose do sistema nervoso central é uma forma grave de tuberculose extrapulmonar, associada a elevada morbimortalidade. O diagnóstico é frequentemente difícil, dada a apresentação clínica inespecífica e a baixa sensibilidade dos exames microbiológicos, exigindo elevado grau de suspeição clínica. Apresenta-se um caso pela sua raridade e desafio clínico.

Caso clínico: Mulher de 18 anos, natural de Moçambique, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência com quadro de 15 dias de cefaleia holocraniana intensa, febre persistente, fotofobia, náuseas e vômitos, iniciados após regresso recente de Moçambique. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, com dor à mobilização cervical e sem défices focais. A tomografia computadorizada do crânio revelou alterações fronto-temporo-insulares direitas inespecíficas. Foi iniciada terapêutica com aciclovir, ampicilina e ceftriaxone empiricamente e submetida a punção lombar, cuja avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou 588 células (predomínio mononuclear), proteínas 99 mg/dL, glicose 22 mg/dL (glicemia capilar 73), painel *biofire* negativo, exame cultural negativo, PCR para *Mycobacterium tuberculosis* e BAAR negativos. Perante estes resultados, foi assumida meningite tuberculosa com componente de encefalite, posteriormente confirmada por ressonância magnética. Iniciou terapêutica antibacilar com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol/Piridoxina (RIPE) e dexametasona e suspendeu antiviral e antibióticos empíricos. A evolução foi favorável, com melhoria clínica, sem novos picos febris, sem défices neurológicos e com resolução sintomática. Teve alta com indicação de manter terapêutica antibacilar por 12 meses sob supervisão da Infeciologia.

Discussão: Este caso destaca a importância da suspeição clínica na meningite tuberculosa, sobretudo em doentes provenientes de áreas endémicas, pois a negatividade dos testes microbiológicos não exclui o diagnóstico, devendo o padrão do LCR, a imagiologia

e o contexto epidemiológico ser integrados na decisão terapêutica. A instituição precoce de terapêutica antibacilar e corticoterapia é determinante no prognóstico, reforçando-se a necessidade de abordagem multidisciplinar e seguimento estruturado.

PO 189

SÍNDROME LPAC COMO CAUSA DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA EM DOENTE JOVEM

Jessica Miranda Oliveira¹; Helena Cortez-Pinto²; Sofia Carvalhana²; Leonor Brito²; Ana Rita Fernandes²

¹ Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

² Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A síndrome de litíase associada a baixo teor de fosfolípidos (LPAC) é uma entidade rara, correspondendo a apenas 1% da litíase biliar sintomática. É maioritariamente causada por mutações do ABCB4, em que a deficiência de fosfolípidos biliares compromete a formação de micelas, levando à precipitação do colesterol e à formação de cálculos biliares (CB) intra-hepáticos (IH) em doentes muito jovens e de forma recorrente. O diagnóstico baseia-se em 3 critérios major, dos quais basta cumprir 2: evidência de litíase IH, sintomas antes dos 40 anos e ausência de melhoria após colecistectomia (CCT).

Caso clínico: Homem de 38 anos, sem antecedentes relevantes, apresentou-se com icterícia com uma semana de evolução, dor no hipocôndrio direito, colúria, acolia fecal e perda ponderal. Ao exame Objetivo com icterícia marcada e palpação abdominal com dor no hipocôndrio direito, sem Murphy vesicular. Analiticamente destacava-se apenas padrão colestático. A tomografia abdominal evidenciou dilatação da via biliar principal e das vias biliares IH, sem CB evidentes, levantando suspeita de etiologia neoplásica. Neste sentido, foram pedidos marcadores tumorais, que revelaram elevação marcada de CA19.9 (7800 U/mL), e colangiopancreatografia (CP) por ressonância magnética, que revelou microlitíase IH e cálculo obstrutivo na junção do ducto cístico. Foi realizada CP retrógrada endoscópica com extração de incontáveis CB. O doente teve alta com ácido ursodesoxicólico (AUDC) e o CA19.9 foi repetido dois meses depois, com normalização do mesmo.

Discussão: A LPAC deve ser considerada em doentes jovens com litíase biliar ou colangite recorrente. A CCT deve ser evitada nestes doentes, pois continuam a formar-se cálculos nas vias biliares IH, não melhorando a sintomatologia. O estudo genético é dispensável na maioria dos casos, pois a mutação do ABCB4 só se encontra presente em 30-50%. Também é importante reconhecer que a elevação transitória de marcadores tumorais em contexto colestático pode simular doença maligna e atrasar o diagnóstico. O reconhecimento precoce da LPAC permite instituir terapêutica com AUDC, reduzindo recorrências e evitando intervenções desnecessárias.

PO 190

NEM SEMPRE SÃO AS ESTATINAS: MIOPATIA NECROTIZANTE ANTI-HMGCR COM TRIGGER VIRAL

Francisca Lourenço Ramos; Inês Bento Andrade; Pedro Ferreira; Antony Dionísio; Ana Lynce; Cândida Fonseca
Hospital São Francisco Xavier

Introdução: As miopatias necrotizantes autoimunes são uma forma rara e grave das miopatias inflamatórias, caracterizando-se por fraqueza muscular intensa com rápida evolução. Associadamente, existe necrose das fibras musculares com componente inflamatório mínimo. **Caso clínico:** Sexo feminino, 47 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, inicia um quadro de fraqueza muscular nos membros superiores e inferiores uma semana após infeção respiratória viral. Associadamente refere urina escura que acabou por resolver espontaneamente. Contudo, após dois meses, recorre ao médico assistente, novamente com queixas de fraqueza muscular e fadiga. Numa viagem até ao Brasil estes sintomas agravam após infeção por Dengue, razão pela qual recorre ao serviço de urgência. Ao exame clínico, com força grau IV/V nos membros inferiores e grau III/IV nos membros superiores. Analiticamente, com aumento das transaminases e CK. Serologias EBV, CMV e Hepatite negativas. O estudo autoimune revelou-se positivo para anticorpos anti-HMGCR. Eletromiografia com achados compatíveis com miopatia inflamatória e biópsia muscular a mostrar necrose das fibras musculares e ausência de inflamação. Dado o agravamento da CK e LDH, associado a elevação da troponina, mostrando envolvimento cardíaco, com o diagnóstico de miopatia necrotizante com anti-HMGCR, a doente iniciou tratamento com corticoterapia e Imunoglobulina.

Conclusão: As miopatias necrotizantes com anti-HMGCR estão muitas vezes associadas ao uso de Estatinas, contudo, estudos recentes têm vindo a mostrar que as infeções virais podem constituir um trigger em doentes geneticamente predispostos induzindo a atrofia muscular e a necrose das fibras. O diagnóstico precoce e o tratamento serão fundamentais para prevenir complicações severas.

PO 191

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS CAUSADA POR PAROTIDITE: CASO CLÍNICO

Sofia Figueiró; Yvhen Vinnichenko; Carolina Martins; Cátia Pereira; Telma Alves; Patrícia Dias
Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O *Streptococcus constellatus* é um coco gram positivo, comensal da cavidade oral, trato gastrointestinal e sistema reprodutivo. Associa-se a abscessos, especialmente do trato digestivo. A bacteriemia, mesmo em doentes imunodeprimidos, é rara. **Caso clínico:** Mulher de 87 anos com antecedentes de demência e hipertensão arterial, recorre ao serviço de

urgência por dispneia e edema da hemiface e região cervical à direita com 1 dia de evolução. Apresentava sinais inflamatórios da hemiface direita, com aumento dos parâmetros inflamatórios (aumento da PCR e leucocitose) e a radiografia do tórax mostrava sinais de pneumonia direita associada a roncos dispersos na auscultação, a condicionar insuficiência respiratória tipo 2. A antigenúria para o *S. pneumoniae* estava positiva. A ecografia da região mandibular apresentava aumento do volume e da hiperrefletividade das glândulas parótida e submandibular direitas, sem coleções organizadas. Iniciou amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina, sendo internada na Medicina Interna. No internamento, iniciou metronidazol, dirigido à parotidite. As hemoculturas colhidas no serviço de urgência positivaram para *S. constellatus*. Ao 3º dia de internamento, por ausência de melhoria da parotidite, realizou nova ecografia que evidenciou coleção abscedada. A tomografia computadorizada apresentava volumoso fleimão com cerca de 6,7X3X9 cm, com desvio contralateral da coluna aérea. Foi realizada drenagem percutânea, com saída abundante de conteúdo purulento e colocado dreno. A microbiologia do abscesso apresentou cultura negativa. Foi realizado tratamento local com lavagens da loca. O dreno foi removido 8 dias após a colocação. Após a antibioterapia, a doente melhorou clínica e analiticamente, tendo alta.

Discussão: Este caso clínico mostra uma apresentação rara de bacteriemia por *S. constellatus* com ponto de partida numa parotidite bacteriana. O *S. constellatus* pode causar falsos positivos na antigenúria do pneumococo e pode causar pneumonia.

PO 192

TIREOTOXICOSE INDUZIDA POR AMIODARONA: UMA COMPLICAÇÃO TARDIA A NÃO ESQUECER

Maria Inês Rocha; Maria Luís Lourenço; Maria Barbosa Mano; Jorge Almeida; Pedro Silva Rodrigues

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A tireotoxicose induzida por amiodarona é uma complicação potencialmente grave da terapêutica antiarrítmica, podendo ocorrer meses após a suspensão do fármaco devido à sua longa semi-vida, depósito tecidual e libertação prolongada de iodo. O diagnóstico pode ser desafiante, particularmente em doentes com múltiplas comorbilidades cardiovasculares.

Caso clínico: Homem de 67 anos com sequelas funcionais de poliomielite, cirrose hepática MetALD Child-Pugh A, carcinoma hepatocelular, doença pulmonar intersticial com padrão de fibrose pulmonar progressiva, síndrome de apneia obstrutiva do sono sob ventiloterapia noturna e fibrilhação auricular (FA) paroxística previamente medicada com amiodarona entre junho de 2024 e junho de 2025, suspensa por risco de toxicidade pulmonar. Recorreu ao serviço de urgência, em fevereiro de 2026 por agravamento da dispneia

e edema periférico. A radiografia torácica evidenciou sinais de congestão pulmonar e o eletrocardiograma documentou FA com resposta ventricular rápida (RVR). À admissão foi identificada tirotoxicose com TSH suprimida e elevação de T4 livre. A ecografia com doppler, da tireoide, revelou ausência de hipervascularização e a cintigrafia foi compatível com tirotoxicose associada a amiodarona do tipo misto. Anticorpos TRAB e anti-tiroideus negativos. O ecocardiograma transtorácico revelou dilatação biauricular, disfunção biventricular (FEVE 36%) e hipocinésia global, achados sugestivos de taquicardiomiopatia no contexto de FA RVR. Foi iniciada terapêutica diurética, terapêutica de controlo de frequência cardíaca, metibazol 30mg/dia e prednisona 40mg com evolução clínica favorável: frequência cardíaca controlada, euvolemia e melhoria das frações livres das hormonas tiroideias.

Discussão: Este caso sublinha a importância de manter um elevado índice de suspeição de disfunção tiroideia em doentes com descompensação cardiovascular e exposição prévia à amiodarona, mesmo vários meses após a suspensão do fármaco.

PO 193

ENDOCARDITE AÓRTICA POR PSEUDOMONAS APRESENTANDO-SE COMO MENINGITE

Mafalda Hipólito Reis; Ana Tenreiro; Inês Canha da Silva; Lumira Marques; Stella Verdasca; Luísa Rebocho

ULS do Alentejo Central, EPE - Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A endocardite infecciosa pode manifestar-se com complicações neurológicas, incluindo meningite, apresentação rara que pode atrasar o diagnóstico e comprometer o prognóstico. Embora a meningite bacteriana exija abordagem imediata, perante bacteriemia documentada ou evolução clínica atípica deve ser considerada a existência de um foco infeccioso primário, sendo determinante a sua identificação precoce.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, toxicodependente com consumos ativos e sob programa de metadona, admitida por febre, prostração e alteração do estado de consciência com duas semanas de evolução. À admissão encontrava-se febril, taquicárdica e desorientada. Analiticamente com leucocitose e PCR 23mg/dL. A TC crânio-encefálica não apresentava lesões agudas. Foi realizada punção lombar com saída de LCR turvo, francamente inflamatório com consumo de glicose e pleocitose com predomínio de PMN (95%), sugestivo de meningite bacteriana. Após colheita de hemoculturas iniciou antibioterapia dirigida ao foco que se pensou ser primário. O FilmArray e cultura do LCR foram negativos. As hemoculturas foram positivas para *Pseudomonas aeruginosa*. No internamento desenvolveu défices neurológicos focais. A identificação de um sopro cardíaco de novo motivou a realização de ecocardiograma transesofágico, que revelou vegetação de 12,5 mm na válvula aórtica com insuficiência valvular

grave. O diagnóstico final foi endocardite infecciosa com envolvimento do sistema nervoso central. Foi instituída antibioterapia dirigida por 6 semanas, com evolução clínica favorável.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação inicial sugestiva de meningite bacteriana, em que o agente não foi identificado no LCR, mas cuja bacteriemia permitiu o diagnóstico de endocardite aórtica por *Pseudomonas aeruginosa*. A coexistência de meningite e endocardite, particularmente por agentes não habituais, exige elevada suspeição clínica. A realização precoce de ecocardiograma em contexto de bacteriemia associada a manifestações neurológicas pode ser determinante para o diagnóstico e orientação, e alterar decisivamente a estratégia terapêutica e o prognóstico.

PO 194

PNEUMONIA POR CMV EM DOENTE COM PNEUMOCISTOSE E VIH AVANÇADO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Diana Ferreira Lopes; Inês Silveira; Soraia Araújo; Pedro Mesquita; Gonçalo Torrinha; Fábio Correia; Ricardo Alves; Pedro Silveira; André Santa Cruz

Hospital de Braga

Introdução: A pneumocistose é uma das infeções oportunistas mais frequentes na infeção avançada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A coinfeção com citomegalovírus (CMV), embora rara, constitui um desafio diagnóstico devido à sobreposição clínica e imagiológica.

Caso clínico: Um homem de 32 anos, com antecedentes de perturbação de ansiedade, recorreu ao serviço de urgência por febre, mialgias e dispneia com 6 semanas de evolução, sem melhoria após 7 dias de Amoxicilina e Ácido Clavulânico. À admissão encontrava-se emagrecido, polipneico e hipotenso, com resposta à expansão volêmica. A gasimetria mostrou hipoxemia grave e o estudo analítico revelou leucocitose ligeira e proteína C reativa de 76 mg/L. A TC torácica excluiu tromboembolismo, identificando extensas áreas bilaterais em vidro despolido, sugestivas de pneumocistose. Foi admitido em cuidados intermédios por pneumonia bilateral atípica, iniciando piperacilina-tazobactam, trimetoprim-sulfametoxazol e corticoterapia. A broncofibroscopia com lavado broncoalveolar confirmou infeção por *Pneumocystis jirovecii* e o estudo serológico revelou infeção por VIH previamente desconhecida, com CD4+ de 26 células/mm³ e carga viral de 423.000 cópias/mL. Nos 10 dias seguintes, verificou-se agravamento da insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação não invasiva contínua, suspeitando-se de infeção nosocomial, coinfeções oportunistas ou reação inflamatória associada ao tratamento da pneumocistose. A TC de reavaliação mostrou agravamento das áreas em vidro despolido, novas consolidações e pneumomediastino iatrogénico. Em discussão multidisciplinar, foi coloca-

da a hipótese de pneumonia por CMV, detectando-se, de seguida, elevada virémia, o que motivou o início de ganciclovir (sem confirmação cito-histológica). Após estabilização, iniciou terapêutica antirretrovírica, com recuperação lenta mas gradual.

Teve alta após 54 dias, em ar ambiente, sob terapêutica antirretrovírica e com plano de reabilitação.

Discussão: Este caso evidencia que, embora rara, a pneumonia por CMV deve ser considerada em doentes com VIH sem resposta ao tratamento de pneumonia bacteriana e pneumocistose. Destaca ainda a importância da introdução precoce da terapêutica antirretrovírica para a recuperação clínica e reconstituição imunitária.

PO 195

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA COM APRESENTAÇÃO RENAL ISOLADA: DA APRESENTAÇÃO ATÍPICA AO TRANSPLANTE

Diana Ferreira Lopes; Cláudia Coelho; Sofia Marques; Bárbara Ribeiro; Renata Carvalho; Joana Medeiros; Raquel Vaz; André Santa Cruz

Hospital de Braga

Introdução: A síndrome hemolítica-urêmica atípica (SHUa), mediada pelo complemento, resulta da desregulação da via alternativa que se torna persistentemente ativa, com formação excessiva do complexo de ataque à membrana. Esta ativação, de origem genética ou autoimune, causa lesão endotelial e microtrombose, com predomínio de lesão renal. O diagnóstico é de exclusão, muitas vezes desafiador e apresenta elevada morbi-mortalidade.

Caso clínico: Um homem de 21 anos, previamente saudável, recorreu ao serviço de urgência por noção de diminuição do débito urinário, fadiga e edema periférico, com 1 mês de evolução. Ao exame físico, apresentava lentificação psicomotora e hipertensão grave (190/130 mmHg). Analiticamente, tinha creatinina de 24,2 mg/dL, ureia de 515 mg/dL, acidose metabólica (pH 7,21; bicarbonato 9 mmol/L) e hipercaliemia (6,6 mmol/L), pelo que iniciou hemodiálise. Tinha também anemia normocítica (Hb 6,7 g/dL), trombocitopenia (87.000/ μ L); LDH elevada (>1000 U/L), bilirrubina total de 0,6 mg/dL e haptoglobina de 40 mg/dL, sem esquizócitos. Já no internamento apresentava proteinúria nefrótica (4 g/g) e consumo de C3, sem deteção de auto-anticorpos. A ecografia renal com doppler e a tomografia toracoabdominopélvica excluíram alterações parenquimatosas ou vasculares.

Nos dias seguintes observou-se rápida recuperação neurológica e controlo tensional, após hemodiálise e introdução de anti-hipertensores, porém sem recuperação da diurese. Fez biópsia renal que foi sugestiva de Microangiopatia Trombótica (MAT). O estudo complementar mostrou atividade de ADAMTS13 normal e ausência de variantes patogénicas das vias do com-

plemento. Foram igualmente excluídas causas secundárias de MAT. Em consenso multidisciplinar foi assumido o diagnóstico provável de SHUa, tendo-se iniciado ecilizumab, com resolução da anemia e trombocitopenia. Três meses após a alta, mantém seguimento em consulta externa, sob ecilizumab, dependente de hemodiálise e a aguardar transplante renal.

Discussão: Este caso demonstra que a ausência de mutações do complemento não exclui SHUa e que a apresentação pode ocorrer como microangiopatia trombótica renal isolada, sem hemólise clássica evidente. É fundamental um elevado grau de suspeita clínica, apoiada no resultado histológico, para melhor diagnóstico e tratamento.

PO 196

VASCULITE IGA NO ADULTO

Bárbara Barreto Laczkovits; Ricardo Jorge Sousa; Mariana Sousa; Pedro Andrade; Marília Santos Silva

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A vasculite de IgA, também conhecida por púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), é uma vasculite sistêmica de pequenos vasos, tipicamente diagnosticada em crianças. A apresentação em adultos é mais rara e o *outcome* renal tende a ser pior.

Homem de 26 anos, com história pessoal de toxicod dependência, recorreu ao serviço de urgência no contexto de lesões violáceas nos membros inferiores associadas a prurido e dor em queimação com um mês de evolução a agravar proximalmente. Apresentava também perda de peso, obstipação, tenesmo e edema periférico nos membros inferiores. O exame físico revelou lesões violáceas com centro necrótico. Analiticamente apresentava discreta anemia, ligeira elevação da VS e ANAs 1:160. Optou-se por realizar biópsia cutânea que demonstrou depósitos de IgA e fibrinogénio nas paredes vasculares, achados compatíveis com PHS. A TAC toracoabdominopélvica não demonstrou indícios de neoplasia ou processo infeccioso. Os estudos endoscópicos demonstraram inflamação ligeira e a biópsia revelou moderado infiltrado inflamatório plasmocitário e o estudo imuno-histoquímico evidenciou depósitos imunorreativos para IgA no citoplasma dos plasmócitos. Iniciada corticoterapia, com alguma melhoria das lesões cutâneas e dor, tendo posteriormente desenvolvido hematoproteínúria, mas sem agravamento da função renal. Interpretado então como vasculite de IgA com atingimento cutâneo, renal e intestinal. Decidido iniciar ciclofosfamida por doença não controlada, com remissão completa em consulta após 6 meses de *follow-up*.

Este caso pretende enfatizar a importância de considerar vasculite de IgA em doentes adultos, bem como da monitorização de eventual atingimento renal.

PO 197

HIPONATREMIA INDUZIDA POR ANFETAMINAS: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

Rute Gonçalves; Jorge Pinheiro; Gabriela Silva; Beatriz Almeida; Margarida Mesquita Montes

CHTMAD

Introdução: A hiponatremia aguda constitui uma urgência metabólica com etiologia frequentemente multifatorial. O consumo de anfetaminas encontra-se descrito como causa de hiponatremia. Contudo, a interpretação de resultados toxicológicos pode ser clinicamente desafiante, sobretudo quando existe negação consistente de consumo.

Caso clínico: Doente de 62 anos, autónomo recorre ao Serviço de Urgência por dor suprapúbica intensa e retenção urinária aguda, previamente medicado com prulifloxacina por suspeita de infeção urinária. À admissão apresentava globo vesical doloroso, sem febre ou sinais sistémicos de infeção. Após algaliação drenaram-se cerca de 2000cc de urina clara, com melhoria sintomática. Analiticamente destacava-se: Na 120 mEq/L; Osmolaridade sérica 150 mOsm/kg; Na urinário 12 mEq/L; Osmolaridade urinária 40 mOsm/kg; Função renal normal; traduzindo-se numa hiponatremia hiposmolar. Durante investigação etiológica o doente apresentava função tiroideia normal, sem evidência de insuficiência suprarrenal e pesquisa de drogas de abuso positiva para anfetaminas, repetida em três amostras distintas. Nas 48 horas seguintes verificou-se correção espontânea da natremia para 135 mEq/L, sem necessidade de terapêutica específica, mantendo-se assintomático do ponto de vista neurológico.

Discussão: As anfetaminas estão associadas a hiponatremia por: Estímulo não osmótico da libertação de ADHM; alterações do comportamento hídrico e mecanismos mistos envolvendo ativação simpática. Neste caso, a positividade reiterada para anfetaminas, confirmada em três colheitas independentes, torna improvável um falso positivo isolado. A evolução rápida e autolimitada do quadro sugere um mecanismo transitório de disfunção da regulação da ADH.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade da abordagem da hiponatremia no SU e a importância de integrar resultados toxicológicos com o contexto clínico; repetir testes quando o resultado não é congruente com a história clínica e considerar mecanismos multifatoriais na fisiopatologia da hiponatremia. A positividade repetida para anfetaminas foi elemento central na investigação, demonstrando como dados laboratoriais inesperados podem alterar o raciocínio clínico e obrigar a reavaliação diagnóstica sistemática.

PO 198

UM PICO DISCRETO, UM SUBTIPO RARO: O DESAFIO DIAGNÓSTICO DO MIELOMA IGD

Maria Eduarda Moniz; Cláudia Sousa; Luís Ramos Santos; Catarina Neto; Bela Machado; Carolina Gouveia; Manuela Lélis; Rebeca Brito; Teresa Faria

Hospital Dr. Nélio Mendonça

O mieloma múltiplo (MM) IgD é um subtipo raro (<2%) e com diagnóstico desafiante. Associa-se a mais complicações sistêmicas e a uma menor sobrevida global. Homem de 71 anos observado por edema dos membros inferiores e cansaço aos esforços. Antecedentes de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada e internamentos recorrentes por difícil gestão volêmica, enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica e fibrilação auricular. NT-proBNP de 10.214 pg/mL. ECG com baixa voltagem e bloqueio auriculoventricular de 1º grau. Ecocardiograma transtorácico com FEVE preservada, disfunção diastólica e hipertrofia ventricular esquerda grave, sugestivo de causa infiltrativa. Cintigrafia cardíaca com disfosfonatos não sugestiva de captação de transtirretina. Cadeias leves livres k e relação k/λ sérica/urinária aumentadas. β-2-microglobulina de 5.31 mg/L. Discreto pico monoclonal (1,3 g/L) e fração γ reduzida, associada a imunoparesia (redução das IgG, IgA e IgM). Imunofixação sérica confirmou componente monoclonal IgD k. Medulograma revelou 18% de plasmócitos. Biópsia óssea inconclusiva e biópsia da gordura abdominal negativa para amiloide. Creatinina sérica de 1,3 mg/dL e rácio albumina/creatinina urinário de 61,8 mg/g. Perante o diagnóstico de MM IgD e suspeita de amiloidose de cadeias leves (AL), iniciou daratumumab, bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona.

O pico monoclonal discreto, ou até em alguns casos ausente, e o aumento de cadeias leves no MM IgD dificultam o diagnóstico, podendo ser interpretado como MM exclusivamente secretor de cadeias leves ou gamopatia monoclonal de significado indeterminado. A imunofixação IgD é essencial para o diagnóstico, contudo não é realizada rotineiramente. Este subtipo associa-se a maior envolvimento sistémico, como a amiloidose AL, que, neste caso, apesar de biópsia de gordura abdominal negativa, foi considerada clinicamente existente face aos achados complementares e à IC de difícil controlo volémico.

Este caso alerta para as particularidades diagnósticas do MM IgD e para a importância da imunofixação específica perante suspeita de discrasia plasmocitária sem pico monoclonal evidente ou discreto, garantido um diagnóstico e tratamento precoces e potencialmente melhorando o prognóstico.

PO 199

POLIÚRIA E DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS MIELOMA MÚLTIPLO: REVISÃO TERAPÊUTICA

Margarida Silva Cruz; Rita Lencastre Monteiro; Maria Lima Costa; Álvaro José Silva; Rui Fernandes; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: Os distúrbios hidroeletrólíticos são frequentes em doentes hemato-oncológicos e podem resultar da própria doença, da terapêutica ou de iatrogenia. A poliúria persistente em contexto de internamento levanta hipóteses diagnósticas como diabetes insípida, hipercalcémia, nefropatia tubular ou diurese osmótica. Em cuidados paliativos, a investigação deve ser proporcional ao impacto clínico, privilegiando intervenções com benefício real para o doente.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, com *performance status* ECOG 4 e diagnóstico de mieloma múltiplo IgG kappa, referenciada a Cuidados Paliativos após internamento prolongado por intercorrência infecciosa. Durante o internamento apresentava poliúria persistente (>3 L/dia), associada a hipocaliemia, hiperнатremia ligeiras e discreto agravamento da função renal (creatinina sérica 1,45 mg/dL), o que motivou estudo complementar. Não se confirmou diabetes insípida, hipercalcémia ou outra etiologia primária. À admissão na unidade mantinha poliúria e alterações eletrólíticas, encontrando-se sob fluidoterapia e suplementação iónica endovenosa. Após reavaliação clínica e terapêutica, considerou-se provável etiologia osmótica/iatrogénica associada a carga hídrica cumulativa. Procedeu-se à suspensão progressiva do aporte hídrico e da suplementação iónica, com monitorização clínica e analítica. Observou-se correção gradual dos distúrbios eletrólíticos, normalização da função renal e redução do débito urinário (<2 L/dia), sem necessidade de outras intervenções.

Discussão: Este caso ilustra a natureza multifatorial dos distúrbios hidroeletrólíticos em doentes hemato-oncológicos e destaca a importância da reavaliação contínua das medidas terapêuticas instituídas. A simples adequação da terapêutica permitiu melhoria analítica segura e resolução da poliúria, evidenciando o valor da revisão sistemática na prática da Medicina Interna, particularmente em doentes frágeis e com internamentos prolongados. Em cuidados paliativos, as decisões clínicas devem respeitar os princípios de proporcionalidade e adequação terapêutica, privilegiando intervenções orientadas para o conforto e estabilidade clínica do doente.

PO 200

DELIRIUM TERMINAL REFRACTÁRIO E REAÇÃO PARADOXAL AO MIDAZOLAM

Margarida Silva Cruz; Rita Lencastre Monteiro;
Maria Lima Costa; Teresa Dias Moreira; Sara Ferreira;
Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: O delirium é comum em fase avançada de doença oncológica, com prevalência de 30–40% em doentes paliativos e >80% nas últimas semanas de vida. O midazolam é amplamente utilizado na agitação terminal devido à titulação rápida e curta semivida. Contudo, reações paradoxais – incluindo agitação, desinibição e inquietação – ocorrem em 1–10%, mais frequentes em idosos ou doses elevadas. Em cuidados paliativos, doses >60–100 mg/dia são às vezes necessárias; persistência ou agravamento com ≥ 120 mg/dia deve levantar suspeita de reação paradoxal.

Caso clínico: Homem, 67 anos, com adenocarcinoma do cólon metastizado (hepático e peritoneal), submetido a cirurgia por evisceração após ileotransversostomia paliativa, evoluiu com oclusão refratária, dor persistente, deterioração funcional e sofrimento existencial, motivando referência a cuidados paliativos.

Foi otimizada analgesia com opioide em perfusão contínua, associando benzodiazepina para ansiedade e haloperidol para náuseas e agitação inicial. Evoluiu para delirium hiperativo com inquietação marcada, necessitando perfusão de midazolam com titulação até >120 mg/dia. Observou-se agravamento paradoxal da agitação após bólus de resgate, sem controlo sustentado dos sintomas.

Perante suspeita de reação paradoxal, o midazolam foi reduzido gradualmente e introduzido fenobarbital até 800 mg/dia em perfusão contínua, resultando em melhoria da agitação e conforto global, mantendo sedação proporcional até ao óbito.

Discussão/Conclusão: O caso evidencia a complexidade do delirium terminal e a importância da reavaliação terapêutica contínua. Doses elevadas de midazolam sem controlo, especialmente com agravamento após administração de bólus, devem levantar suspeita de reação paradoxal. O fenobarbital constitui alternativa eficaz em casos refratários, reforçando a necessidade de individualização, proporcionalidade e abordagem integrada do sofrimento físico e existencial em fim de vida.

PO 201

QUETAMINA NA DOR ÓSSEA REFRACTÁRIA EM NEOPLASIA PULMONAR AVANÇADA

Margarida Silva Cruz; Rita Lencastre Monteiro;
Maria Lima Costa; Joana C. Monteiro; Teresa Dias Moreira;
Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: A dor óssea metastática é comum no cancro do pulmão avançado, com componente nociceptivo e neuropático. Apesar de opioides em altas doses, corticoterapia, AINE e radioterapia antálgica, alguns doentes mantêm dor refractária. A quetamina, antagonista NMDA, modula a sensibilização central e a hiperalgesia induzida por opioides, podendo ser utilizada como adjuvante em dor complexa e refractária, sob regime monitorizado.

Caso clínico: Homem, 61 anos, com neoplasia pulmonar estágio IV e metastização óssea extensa (coluna e costelas), previamente submetido a radioterapia antálgica e em seguimento por cuidados paliativos. Admitido por dor cervical e lombossagrada contínua, agravada pela mobilização (EVA 8/10). Foi realizada rotação de opioide para alfentanilo, com titulação progressiva até 60 mg/dia, associada a dexametasona e AINE endovenosos. Persistiu sem controlo adequado, mantendo necessidade de múltiplos resgates diários. Decidiu-se iniciar perfusão de quetamina em baixa dose (subanestésica), titulada progressivamente até 300 mg/dia. Evoluiu com redução da dor para EVA 4/10, menor necessidade de resgates e possibilidade de redução parcial da dose de opioide. Não se registaram efeitos psicomiméticos relevantes.

Discussão: Este caso evidencia a quetamina como adjuvante eficaz em dor óssea metastática refractária, mesmo após radioterapia antálgica. Ao bloquear receptores NMDA, reduz sensibilização central e tolerância aos opioides, permitindo melhor controlo sintomático e eventual redução da carga opioide. A utilização deve ser individualizada e monitorizada, considerando perfil de efeitos adversos. Em cuidados paliativos, estratégias multimodais são essenciais para otimizar conforto e qualidade de vida em doentes com dor oncológica complexa.

PO 202

NOCARDIOSE DISSEMINADA: CASO CLÍNICO

Inês Ferreira; Ana Gomes; Helena Moreira; Gonçalo Rocha;
Rita Gouveia; António Oliveira E Silva

ULS São João

Introdução: A nocardiose é uma infeção oportunista rara mas potencialmente fatal, que ocorre sobretudo em doentes imunodeprimidos. A *Nocardia farcinica* associa-se frequentemente a doença disseminada, apresentando também maior resistência antimicrobiana. O diagnóstico permanece um desafio devido à apresentação clínica inespecífica e insidiosa, ao crescimento

lento do organismo em cultura, e à sua capacidade de mimetizar outras infeções.

Caso clínico: Homem de 69 anos, submetido a transplante bipulmonar por enfisema e fibrose pulmonar combinada (07/2025). Em novembro iniciou febre e tosse, tendo sido diagnosticada pneumonia necrotizante, com isolamento em SBs (secreções brônquicas) de *E.coli*. Por agravamento clínico sob antibioterapia dirigida, fez BFC (broncofibroscopia) com isolamento de *E.coli* multisensível, micobacteriológico direto negativo. Cumpru 20 dias de PT (piperacilina/tazobactam). Reinternado uma semana após a alta por febre. TC tórax com agravamento da consolidação e isolado novamente *E.coli* em SBs e lavado bronco-alveolar (LBA), resistente a PT nas SBs mas sensível em LBA, micobacteriológico direto negativo. Cumpru 7 dias de meropenem, tendo tido alta com ciprofloxacina oral. 2 semanas depois, novamente com febre e secreções purulentas. TC tórax sobreponível ao prévio. Retomou antibioterapia com meropenem e repetiu BFC, que não teve isolamentos. Transferido para o serviço de Hospitalização Domiciliária (HD), para completar 4 semanas de meropenem. TC tórax sem melhoria. Por queixas de disfagia, fez TC cervical que revelou formação de densidade hídrica no músculo esternotiroideio. Revisão da microbiologia identificou crescimento de *Nocardia farcinica* em meio de cultura de micobactérias em SBs e LBA. Pela suspeita de nocardiose disseminada, realizou TC cerebral, que revelou múltiplos abscessos. Transferido para o serviço de Doenças Infeciosas por nocardiose disseminada - pulmonar, cerebral e muscular, iniciando tratamento com sulfametoxazol/trimeoprim, imipenem e linezolid.

Discussão: Em transplantados com infeções pulmonares recorrentes ou refratárias deve considerar-se coinfeção por agentes oportunistas como *Nocardia*, sobretudo perante pneumonia necrotizante. Este caso ilustra também o papel da HD na reavaliação diagnóstica e gestão integral do doente.

PO 203

CITOPENIAS ASSOCIADAS A TERAPÊUTICA ANTIEPILÉTICA: INVESTIGAÇÃO DE UMA ANEMIA FERROPÉNICA EXTREMA

Rita De Almeida; Cláudio Gonçalves Gouveia; Ingrid Mora; Carolina Teixeira Gonçalves; Teresa Faria
Hospital Central do Funchal

Introdução: A anemia ferropénica grave exige investigação etiológica sistemática, particularmente quando associada a alterações noutras linhagens hematológicas.

Caso clínico: Homem de 62 anos, autónomo nas atividades de vida diária, com antecedentes de epilepsia medicada com fenitoína e fenobarbital, doença hemorroidária com recusa prévia de intervenção cirúrgica e anemia ferropénica crónica associada a trombocitopenia. O doente teve seguimento prévio em consulta de

Hematologia, tendo posteriormente perdido seguimento por recusa de investigação diagnóstica adicional. O último estudo endoscópico, realizado em 2014, não evidenciava alterações relevantes.

O doente foi encaminhado ao serviço de urgência após deteção, em análises de rotina, de hemoglobina de 3,5 g/dL. Apesar de referir retorragias crónicas, não apresentava sinais de hemorragia ativa à admissão. O estudo analítico confirmou anemia ferropénica grave (ferritina 4 ng/mL; saturação de transferrina 2,2%), associada a leucopenia e trombocitopenia. Perante a suspeita de perda digestiva crónica, realizou sigmoidoscopia, que identificou apenas hemorroidas congestivas, sem sinais de hemorragia ativa. A esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia completas não evidenciaram alterações estruturais relevantes. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica revelou apenas espessamento parietal do antro gástrico, sem outras alterações significativas.

Durante o internamento foram administradas quatro unidades de concentrado eritrocitário e carboximaltose férrica intravenosa, com melhoria progressiva da hemoglobina. Atendendo à presença de leucopenia de novo e à história prévia de citopenias, foi realizado medulograma, que não revelou alterações morfológicas significativas. Perante estes achados, considerou-se o potencial efeito mielossupressor da terapêutica antiepilética, tendo sido iniciada substituição progressiva da fenitoína por levetiracetam. Após suspensão da fenitoína verificou-se melhoria dos parâmetros hematológicos nas análises de controlo.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de considerar toxicidade medicamentosa na avaliação de citopenias associadas à anemia ferropénica, evitando investigações invasivas desnecessárias.

PO 204

NEM TUDO O QUE É EXPANSIVO É MALIGNO: UM CASO DE MIMETISMO DIAGNÓSTICO

Jéssica Marques; André Coelho; Diana Marques; Regina Costa; Isabel Fonseca; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A doença relacionada com IgG4 (DR-IgG4) é uma patologia fibroinflamatória imunomediada, capaz de envolver múltiplos órgãos e que se manifesta frequentemente por tumefação subaguda no órgão afetado. A incidência global estimada situa-se entre 0,28 e 1,28 casos por 100.000 pessoas por ano. A maioria dos doentes apresenta níveis elevados de IgG4 no soro e achados histopatológicos característicos.

Caso clínico: Mulher de 50 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por tumefação supraorbitária bilateral, mais marcada à direita, acompanhada de cefaleia frontal intensa, sudorese noturna e xerostomia com 3 dias de evolução. Ao exame Objetivo, com tumefações

nodulares de cerca de 2cm no olho direito e infracentimétrica no olho esquerdo, não aderentes aos planos profundos e dolorosas à palpação. Ainda no SU, efetuou TC-CE com lesões teciduais na zona das glândulas lacrimais, com extensão periorbitária, de maior volume à direita, levantando suspeita de doença linfoproliferativa. Ao longo do internamento, com estudo de autoimunidade, teste de Shirmer e serologias infecciosas incluindo teste IGRA com resultados negativos, eletroforese de proteínas com ausência de componente monoclonal e doseamento de IgG4 com níveis séricos elevados. Do estudo imagiológico, a TC-cervicotoracoabdominopélvica, a RMN-CE e a PET-FDG com identificação de adenopatias hipermetabólicas supra e infradiafragmáticas reforçaram a hipótese de linfoma. A doente foi submetida a biópsia incisional da lesão periglandular direita com achados histopatológicos compatíveis com DA-IgG4 da glândula lacrimal e iniciou corticoterapia com melhoria clínica.

Discussão: Este caso retrata a complexidade diagnóstica da DR-IgG4 uma vez que a mesma pode mimetizar processos autoimunes, infecciosos e, como neste caso, neoplásicos. Por outro lado, alguns tipos de linfoma também se associam a níveis séricos elevados de IgG4 pelo que estes últimos não são patognomónicos. Deste modo, este caso reforça a importância de efetuar uma história clínica e exame Objetivo pormenorizados e de manter uma elevada suspeição clínica sendo a histopatologia essencial para o diagnóstico.

PO 205

QUANDO UM AIT REVELA UMA EMBOLIA PARADOXAL NA GRAVIDEZ: FOP E TVP OCULTA

Ana Tenreiro; Mafalda Hipólito Reis; Eduardo Santa; Inês Canha Da Silva; Susana Carvalho; Sílvia Lourenço
ULS do Alentejo Central, EPE - Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: O acidente isquémico transitório (AIT) na gravidez é raro, mas clinicamente desafiante. A gestação constitui um estado pró-trombótico fisiológico que pode precipitar eventos tromboembólicos em doentes com predisposição subjacente. A embolia paradoxal através de foramen oval patente (FOP), embora incomum, deve ser considerada perante um evento neurológico isquémico sem causa aparente.

Caso clínico: Mulher de 32 anos, grávida de 33 semanas e 1 dia, recorre ao Serviço de Urgência por hemianopsia homónima direita e parestesias da mão direita, com duração de 30 minutos e resolução espontânea antes da admissão. Antecedente de gravidez prévia sem intercorrências e, na gestação atual, diabetes gestacional controlada com dieta, bem como variz inguinal direita, em aparente regressão.

A angio-TC cranioencefálica não revelou alterações, assumindo-se o diagnóstico de AIT. Do estudo etiológico, identificou-se mutação do fator V H1299R em heterozigotia. Apesar da ausência de sintomatologia

sugestiva de trombose venosa profunda (TVP), realizou-se ecodoppler venoso dos membros inferiores, que revelou TVP na variz inguinal previamente conhecida. A ecoendoscopia transesofágica demonstrou FOP com shunt direita-esquerda, estabelecendo-se o diagnóstico de AIT de etiologia embólica paradoxal.

Foi iniciada anticoagulação com enoxaparina. O parto vaginal decorreu sem intercorrências, mantendo-se a anticoagulação até três meses pós-parto. Posteriormente, foi instituído ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, com referência para encerramento percutâneo do FOP.

Discussão: Este caso ilustra a convergência de múltiplos fatores pró-trombóticos – gravidez, trombofilia genética e TVP subclínica – culminando numa embolia paradoxal. Salienta-se a importância da investigação etiológica sistemática do AIT na grávida e da pesquisa ativa de fonte trombótica, mesmo na ausência de sinais clínicos. A abordagem multidisciplinar revelou-se determinante na prevenção de recorrência e na otimização do prognóstico materno-fetal.

PO 206

MONONUCLEOSE INFECCIOSA COMPLICADA POR ROTURA ESPLÉNICA: UM CASO CLÍNICO

Ana Lopes; Catarina Santos Reis; Sofia Teixeira; Inês Isabel Trancoso; Margarida Vinhas; Marta Soares Carreira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A rotura esplénica é uma complicação rara da mononucleose infecciosa por vírus Epstein-Barr (EBV), surgindo frequentemente de forma espontânea. Apesar da sua baixa incidência, representa a principal causa de morte associada, ocorrendo sobretudo em adolescentes e adultos jovens.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 19 anos, sem antecedentes médicos, que recorre ao serviço de urgência por alterações analíticas. À admissão, encontrava-se normotensa, febril (38.6°C), com múltiplos gânglios cervicais laterais e posteriores dolorosos, móveis e de consistência fibroelástica, bem como amígdalas edemaciadas com exsudato bilateral. Analiticamente apresentava leucocitose ($13.44 \times 10^9/L$), com linfocitose ($10.87 \times 10^9/L$), aumento dos parâmetros de citocolestase (AST 101U/L, ALT 117U/L, GGT 207U/L, FA 371U/L), e hiperbilirrubinemia (BT 2.87 mg/dL, BD 1.54 mg/dL, pesquisa de EBV positiva. Internada neste contexto. Evoluiu com dor abdominal súbita, acompanhada de palidez, hipersudorese e hipotensão, queda do valor de hemoglobina de 2g/dL e hiperlactacidemia (2.38mmol/L). Foi realizada angio-tomografia (angioTC) abdominal que evidenciou hemoperitонеu de moderado volume, esplenomegalia de 18,2 cm e hematoma peri-esplénico. Dada a ausência de hemorragia ativa, optou-se por vigilância clínica em Unidade de Cuidados Intensivos, onde evoluiu favoravelmente, sem necessidade de suporte transfusional e com re-

dução do hematoma e hemoperitôneo (em angio TC abdomino-pélvico realizado 1 semana depois), tendo sido alta para enfermagem e posteriormente hospitalar. Este caso ilustra uma complicação rara da mononucleose infecciosa por vírus Epstein-Barr. A suspeição clínica perante dor abdominal aguda é fundamental para permitir diagnóstico e intervenção precoces. O tratamento conservador pode ser considerado em doentes selecionados.

PO 207

SÍNDROME DE ATIVAÇÃO ADRENÉRGICA PÓS TCE

Bárbara Barreto Laczkovits; Luísa Veiga De Sousa; Helena Estevão Pereira; Ricardo Jorge Sousa; Sandra Mendes

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A Síndrome de Hiperativação Simpática Paroxística (SHSP) é uma entidade incomum, presente habitualmente em doentes com lesões cerebrais adquiridas, como traumatismos, acidentes vasculares cerebrais ou infeções. Caracteriza-se por episódios súbitos de aumento de atividade simpática (taquicardia, hipertensão, taquipneia, hipertermia, sudorese) podendo ter manifestações motoras (posturas distónicas), desencadeados por estímulos não nódicos. O diagnóstico é clínico e o prognóstico depende sobretudo da gravidade da lesão subjacente.

Homem de 27 anos, vítima de acidente de viação, traumatismo cranio-encefálico (TCE) com hematoma subdural agudo frontoparietal esquerdo e traumatismo vertebromedular com fratura de D1. Teve necessidade de monitorização invasiva em unidade de neurocríticos, com bloqueio neuromuscular e ventilação mecânica prolongada. Desmame ventilatório difícil, tendo ficado com fraqueza muscular associada a cuidados intensivos (FMCI), com evidente descondicionamento. Após alta para a enfermagem, início de episódios de taquicardia sinusal com o levante (FC~170bpm), acompanhados de hipersudorese. ECG com taquicardia sinusal e critérios de HVE. Ecocardiograma normal. Iniciou propranolol, com melhoria clínica a permitir tolerância a reabilitação. Após a alta hospitalar, em seguimento na consulta, com Holter normal e resolução completa das queixas, pelo que suspendeu propranolol.

Serve o presente caso para relembrar da importância de ter presente esta etiologia, principalmente em doentes que sofreram TCE, uma vez que a sua identificação e gestão atempada podem melhorar os *outcomes* e permitir uma reabilitação mais eficaz e adequada.

PO 208

UMA ANEMIA INESPERADA: CASO CLÍNICO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE QUENTE NO IDOSO

Sara Patrícia Marques Silva; Inês Rafael Marques; Adriana Almeida; Andreia Coutinho; Liliana Oliveira; Pedro Neves

Centro Hospitalar do Médio Ave

A anemia hemolítica autoimune é caracterizada pela destruição prematura dos eritrócitos mediada por autoanticorpos dirigidos contra antígenos da membrana eritrocitária. De acordo com a temperatura ótima de ligação destes anticorpos, classifica-se em quente ou fria. Homem de 78 anos, antecedentes de anemia por défice de vitamina B12 e suspeita de espondiloartropatia seronegativa, sem introdução recente de fármacos. Recorreu ao SU por colúria com alguns meses de evolução e astenia e icterícia com 15 dias de evolução. Analiticamente hemoglobina de 5,6g/dL, volume globular médio de 113,9fL e índice reticulocitário de 5,5%, compatível com anemia hiperproliferativa. Hiperbilirrubinémia (4,18mg/dL) à custa da indireta e LDH de 424U/L. Esfregaço de sangue periférico com policromatofilia marcada, macrocitose e numerosos eritrócitos com pontuado basófilo, bem como algumas helmet cells e dacríócitos. Sem ferropenia, défice de ácido fólico ou de vitamina B12. O teste de antiglobulina direto foi positivo para IgG. Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia ligeira, não confirmada posteriormente por TC que também não revelou outras alterações. Imunofenotipagem de sangue periférico com população maioritária policlonal, com alteração da relação kappa/lambda, e uma segunda população monoclonal CD20+ fraco, CD5+, kappa fraco. Sem outras alterações nomeadamente no estudo serológico, autoimune ou eletroforese de proteínas. Foi diagnosticada anemia hemolítica autoimune quente de etiologia não identificada, iniciando prednisolona 1 mg/kg/dia com resposta clínica e laboratorial, permitindo posterior desmame lento. Atualmente suspensa com hemoglobina ~12,5 g/dL. No seguimento foi ainda diagnosticada trombose venosa profunda, tendo iniciado hipocoagulação por seis meses. Irá repetir imunofenotipagem após suspensão de corticoterapia. Este caso ilustra uma apresentação grave de anemia hemolítica autoimune quente com boa resposta à corticoterapia. Salienta-se a importância da investigação etiológica e da vigilância a longo prazo, dada a possível associação a doenças autoimunes ou linfoproliferativas e o risco de complicações trombóticas.

PO 209

HEPATITE AUTOIMUNE COM APRESENTAÇÃO COLESTÁTICA: UM CASO CLÍNICO

Sara M. Ribeiro; Rute Painçal; Beatriz Câmara Lourenço; Romana Bettencourt Fagundes; Juliana Silva

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho

Introdução: A hepatite autoimune (HAI) caracteriza-se por elevação das transaminases, hipergamaglobulinemia por imunoglobulina G (IgG) e presença de anticorpos (AC) específicos (no tipo 1: AC anti-nucleares (ANA) e anti músculo liso (Sm). A perda de tolerância aos autoantígenos dos hepatócitos desencadeia uma resposta imunológica com inflamação, necrose e progressão para fibrose. O espectro de apresentação é vasto, desde alterações analíticas assintomáticas até falência hepática.

Caso: Mulher de 42 anos com antecedentes de obesidade grau um. Quadro com 3 semanas de evolução de astenia, náuseas, dor abdominal nos quadrantes superiores, icterícia e colúria. Sem contexto epidemiológico relevante. Analiticamente, hiperbilirrubinemia total 20.94 mg/dL (direta de 12.34 mg/dL), elevação das transaminases 15 vezes ao limite superior do normal e coagulopatia (*International Normalized Ratio* 1.32). Após exclusão de causas obstrutivas, assumida hepatite aguda colestática.

Do estudo: ANAs negativos, AC anti-Sm fortemente positivo; IgG 1960 mg/dL. Foram excluídas causas tóxicas, infecciosas e metabólicas (como doença de Wilson, déficit de alfa1-antitripsina). A biópsia hepática revelou inflamação portal e lobular e lesão de interface grave. Pontuação de 7 nos critérios simplificados, compatível com diagnóstico definitivo de HAI. Iniciou terapêutica com prednisolona e 2 semanas depois azatioprina, com resposta bioquímica completa: normalização das transaminases e IgG. Mantém seguimento em consulta de Hepatologia.

Discussão: A HAI pode ter uma apresentação comum a várias doenças hepáticas. O diagnóstico assenta na presença de AC específicos, elevação de IgG, lesões histológicas típicas e exclusão de outras causas. O reconhecimento precoce e monitorização da resposta terapêutica são determinantes para o prognóstico a longo prazo.

PO 210

CRISE MIASTÊNICA EM CONTEXTO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sara M. Ribeiro; Miguel Ângelo Sousa; Rui Salvador; Maria Luísa Magalhães; Manuel Barbosa; Juliana Silva

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho

Introdução: A *Miastenia Gravis* (MG) é uma doença autoimune caracterizada por fraqueza e fadigabilidade muscular mediada por anticorpos anti-recetor de acetilcolina, comprometendo a transmissão neuromuscular. A crise miasténica é uma exacerbação com en-

volvimento bulbar e respiratório, frequentemente com necessidade de suporte ventilatório. A infeção constitui o principal fator precipitante. O reconhecimento da crise pode ser particularmente desafiante quando coexistem patologias respiratórias.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, autónoma. Antecedentes de MG generalizada (Osserman IIa), sob prednisolona e azatioprina (aumento recente da dose). Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse produtiva e dor epigástrica com 5 dias de evolução. À admissão normotensa, febril (38°C), com crepitações na base direita. Analiticamente com anemia, leucopenia e neutropenia, elevação da proteína C reativa e hiperbilirrubinemia. Gasimetria com insuficiência respiratória (IR) tipo 1 e hiperlactacidemia. Radiografia torácica com consolidação na base direita. Assumida infeção respiratória, iniciou antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulânico e ciprofloxacina) e foi admitida nos cuidados intermédios.

No internamento, evolução desfavorável para IR tipo 2 e necessidade de ventilação não invasiva. Clinicamente com sinais de dificuldade respiratória progressiva, disfagia e disfonia. Na ausência de febre persistente, agravamento analítico/radiológico que justificasse a deterioração clínica, foi colocada a hipótese de crise miasténica. Iniciou imunoglobulina endovenosa, mas manteve evolução desfavorável e dependência total de suporte ventilatório, acabando por falecer.

Discussão: Destacam-se como precipitantes a infeção respiratória, o aumento de imunossupressão e ciprofloxacina. A coexistência de pneumonia e crise miasténica é um desafio diagnóstico, pois os sintomas respiratórios são expectáveis em ambos. Sintomas bulbares e dificuldade no desmame ventilatório devem levantar esta suspeita.

PO 211

SÍNDROME DRESS – A IMPORTÂNCIA DE CONSIDERAR DIAGNÓSTICOS EM CASOS ATÍPICOS

Sara M. Ribeiro; Daniela Capela Pereira; Maria Rui Gomes; Luciana Jorge Silva; João Luís Miranda

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho

Introdução: *Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms* (DRESS) é uma reação de hipersensibilidade secundária a fármacos caracterizada por exantema macular extenso. É habitual o envolvimento sistémico com risco de disfunção multiorgânica e morte. Ocorre 2 a 8 semanas após a toma e, apesar de o atingimento sistémico ser comum, não é obrigatório, sendo importante excluir esta entidade mesmo em casos ligeiros.

Caso clínico: Mulher de 85 anos. Medicada com cefradina por celulite do membro inferior, interrompeu por intolerância gastrointestinal. Mantinha sinais inflamatórios 10 dias depois e foi medicada com clindamicina.

No dia seguinte com exantema generalizado e pruriginoso, recorreu à urgência, e alterou-se o antibiótico para ciprofloxacina.

Após 2 dias, por agravamento do exantema, voltou à urgência. Apresentava exantema violáceo maculopapular em toda a extensão dos membros e tronco, com palmas, plantas e face poupadas. Analiticamente apenas com monocitose. Sem febre, adenopatias, envolvimento hepático, renal, cardíaco ou pulmonar. Ficou internada para estudo e, dado parâmetros inflamatórios negativos, sem antibiótico.

Realizou biópsia de pele: “infiltrado inflamatório perivascular de predomínio linfocitário com eosinófilos. Aspetos compatíveis com DRESS”. No internamento com subida dos eosinófilos para $0.61 \times 10^3/\mu\text{L}$ e descompensação de insuficiência cardíaca, resolvida com diurético. RegiSCAR (*Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions*) score 3 pontos. Melhoria franca do exantema e prurido com corticoide (CCT) oral e tópico e anti histamínico (AH). Cumpriu desmame de CCT e após 3 semanas sem necessidade de AH. Encaminhada para consulta de Medicina Interna e Imunoalergologia.

Discussão: Este caso demonstra a importância de considerar esta entidade mesmo em casos com envolvimento orgânico mínimo (DRESS de gravidade ligeira). É fundamental interromper fármacos suspeitos, monitorizar resposta ao CCT e atingimento orgânico. A evolução pode ser indolente e o não reconhecimento leva a mau prognóstico.

PO 212

POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA EM IDADE AVANÇADA: UM CASO CLÍNICO

Sara M. Ribeiro; Daniela Capela Pereira; Ana Rita Melo; Jorge Bernardo Reis; João Luís Miranda

Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho

Introdução: A poliangéite microscópica (PAM) é uma vasculite de pequenos vasos que se caracteriza predominantemente por atingimento pulmonar, renal e cutâneo, com presença de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo perinuclear (p-ANCA) e anti-mieloperoxidase (MPO). O diagnóstico precoce e tratamento com imunossuppressores são determinantes para um prognóstico favorável.

Caso clínico: Homem de 88 anos. Antecedentes de doença pulmonar intersticial de etiologia não esclarecida. Admitido por quadro constitucional com 6 meses de evolução de astenia, anorexia, perda de peso $>10\%$ e hipersudorese noturna. Desde há 2 semanas dor suprapúbica e disúria. Analiticamente com elevação marcada dos parâmetros inflamatórios e da creatinina sérica (2.52 mg/dL) traduzindo lesão renal aguda grau 3. Imagiologicamente, sem sinais de obstrução do trato urinário. Assumida pielonefrite. Durante o internamento persistiu hematúria microscópica e proteinúria não nefrótica. Estudo imunológico p-ANCA $>1/640$ e

anti-MPO $>221.9 \text{ UI/mL}$, velocidade de sedimentação $>120 \text{ mm/h}$, sem consumo de complemento ou outros anticorpos positivos. Realizou tomografia crânio-encefálica com lesões isquémicas focais. Dado a forte suspeita clínica e imunológica de PAM e tendo em conta a idade e fragilidade do doente, não foi realizada biópsia renal e iniciou tratamento com corticoide e rituximab, com melhoria dos sintomas. Após 4 dias episódio de bradicardia associada a instabilidade hemodinâmica e alteração do estado de consciência, sem reversão após colocação de pacing provisório, e faleceu.

Discussão: Apesar de não haver confirmação histológica, o conjunto de sintomas constitucionais, glomerulonefrite rapidamente progressiva, doença pulmonar intersticial e p-ANCA e anti-MPO positivos sustentam o diagnóstico de PAM. Assumida morte em contexto de evento cerebral vascular. A idade avançada e a lesão renal grave à apresentação configuram fatores de mau prognóstico e o tratamento precoce é essencial para um desfecho favorável.

PO 213

ENTRE REMISSÃO E INFILTRAÇÃO – UM CASO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Natália Pires¹; António Moreira Monteiro²; Ana Patrícia Freitas¹; Carla Maravilha¹; Tomás Bragança Ribau²; Cristina Rodrigues¹

¹Hospital Pedro Hispano; ²IPO Porto

Introdução: O envolvimento secundário do sistema nervoso central (SNC) no linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) representa uma complicação rara, mas de prognóstico particularmente reservado, podendo surgir como recidiva precoce após terapêutica sistémica.

Caso clínico: Homem de 78 anos, com diagnóstico de LDGCB em 2024 em estadio IV-B, com mais de 3 áreas extraganglionares envolvidas e com punção lombar a excluir envolvimento do SNC. Completou esquema R-CHOP com 7 ciclos em fevereiro de 2025. Dois meses após o término da quimioterapia, foi admitido por alteração progressiva do comportamento, confusão e labilidade emocional com duas semanas de evolução. Observava-se elevação de LDH (235 U/L), sem outras alterações metabólicas significativas. A TC cranioencefálica revelou lesão ocupante de espaço do corpo caloso de novo, com padrão infiltrativo, extensão bilateral simétrica, espontaneamente hiperdensa e com intensa captação homogênea de contraste, associada a edema vasogénico perilesional. A RM corroborou a suspeita de infiltração linfomatosa do SNC. A punção lombar evidenciou proteinorraquia e população linfocitária B clonal, compatível com envolvimento secundário por LDGCB. Considerando a idade, fragilidade e rápida deterioração clínica, optou-se por abordagem exclusivamente sintomática, tendo o doente falecido no final de junho.

Discussão: O atingimento do SNC ocorre numa mi-

noria dos casos de LDGCB, habitualmente em fases precoces da recaída, refletindo doença biologicamente agressiva. Pode manifestar-se por síndromes neuropsiquiátricas subagudas e apresentar-se imagiologicamente como lesões profundas, homogêneas e infiltrativas, frequentemente envolvendo o corpo caloso. O prognóstico permanece reservado, sobretudo quando a terapêutica intensiva curativa não é exequível.

Este caso destaca a importância de manter elevado grau de suspeição clínica perante alterações neuropsiquiátricas em doentes com história de LDGCB, mesmo após aparente resposta ao tratamento, salientando o papel da imagiologia e do estudo do líquido cefalorraquidiano no diagnóstico e o impacto prognóstico desta complicação, particularmente em doentes idosos ou frágeis.

PO 214

UMA VARIANTE RARA DE LINFOMA

Natália Pires¹; António Moreira Monteiro²; Ana Patrícia Freitas¹; Carla Maravilha¹; Tomás Bragança Ribau²; Cristina Rodrigues¹

¹Hospital Pedro Hispano; ²IPO Porto

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais frequente de linfoma não-Hodgkin agressivo. A variante rica em linfócitos T/histiócitos (T/HRBCL) é rara e caracteriza-se por reduzida proporção de células B neoplásicas dispersas num infiltrado reativo exuberante, podendo dificultar o diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, admitida por dispneia progressiva com dois meses de evolução, febre e astenia, sem foco infeccioso identificado. Ao exame Objetivo, destacavam-se adenopatias periféricas palpáveis. A TC toracoabdominopélvica evidenciou adenomegalias mediastínicas (subcarinal 35 mm; paratraqueal direita 25 mm), esplenomegalia heterogênea (18 cm) e adenomegalias retroperitoneais intercavaoárnicas (15 mm), traduzindo envolvimento ganglionar supra e infradiafragmático. Analiticamente, apresentava bicitopenia (anemia e trombocitopenia), levantando suspeita de infiltração medular ou hiperesplenismo. Realizou biópsia excisional de gânglio supraclavicular. O estudo histológico revelou escassas células grandes atípicas dispersas num fundo rico em linfócitos pequenos. A imunofenotipagem demonstrou CD20+, CD3-, CD10-, BCL2+, BCL6+, Ki67 >80%, confirmando LDGCB variante rica em linfócitos T (OMS). Iniciou imunoterapia com R-CHOP.

Discussão: A variante T/HRBCL associa-se frequentemente a apresentação em estágio avançado, envolvimento esplênico e sintomas B. A predominância do infiltrado T reativo pode mimetizar linfoma de Hodgkin clássico, tornando a imunohistoquímica essencial para o diagnóstico. O índice proliferativo elevado traduz comportamento agressivo, sendo o tratamento baseado em esquemas padrão para LDGCB.

Este caso destaca a importância da suspeita clínica perante quadros sistémicos com adenopatias e citopenias, bem como o papel fundamental da histologia e imunofenotipagem na distinção entre entidades linfoproliferativas. O reconhecimento desta variante rara permite orientar precocemente a terapêutica adequada e reforça a relevância da abordagem multidisciplinar no diagnóstico dos linfomas.

PO 215

AVC NO JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA TRIPLO POSITIVA

Rafaela Sequeira Assunção; Svitlana Hryhorian;

Daniel Ribeiro Rego; Maria José Grade;

Nuno Bernardino Vieira

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: O diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) no jovem, considerado em indivíduos com menos de 50 anos, requer investigação etiológica detalhada. Entre as causas destaca-se a síndrome antifosfolipídica (SAF), uma trombofilia autoimune adquirida, mais frequente no sexo feminino e raramente associada a tripla positividade de autoanticorpos.

Caso clínico: Homem de 46 anos, mecânico, sem diagnósticos prévios. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por cefaleia frontal direita e diminuição progressiva da força muscular do hemisfério esquerdo, com 2 dias de evolução. Negou outra sintomatologia, imobilização prolongada e episódios prévios semelhantes. Ao exame Objetivo a destacar hemiplegia, hemihipostesia e paralisia facial central esquerdas. Realizada angiotomografia computadorizada (TC) cranioencefálica (CE) que revelou lesão córtico-subcortical direita, heterogênea e mal definida, sem achados habituais de isquemia aguda. Colocando-se as hipóteses diagnósticas de lesão neoproliferativa, processo infeccioso em fase precoce ou sequela isquémica focal. Complementada avaliação com ressonância magnética-CE, compatível com AVC isquémico. Sem achados de relevo em TC-corporal, eletrocardiograma ou ecocardiograma. Laboratorialmente, a destacar presença de anticorpos anticoagulante lúpico, anti-β2-glicoproteína I e anticardiolipina positivos. Admitiu-se o diagnóstico de AVC isquémico em contexto de provável SAF, pendente de reavaliação laboratorial às 12 semanas. Iniciada terapêutica com varfarina e reabilitação motora.

Discussão: Este caso ilustra um diagnóstico atípico de AVC num jovem que recorreu tardiamente ao SU, com apresentação dúbia no primeiro exame de imagem. Destaca-se a raridade da SAF com tripla positividade de autoanticorpos no sexo masculino, como hipótese etiológica mais provável, na ausência de fatores de risco vascular clássicos.

PO 216

PARALISIA PROGRESSIVA EM ESPELHO

Ana Filipa C. Correia; Ana Rita Ribeiro; Ricardo Ralha Martins; João Aurélio; Tiago Vasconcelos; Isabel Taveira; Nuno Vieira
Hospital do Barlavento Algarvio

Introdução: A parésia facial periférica unilateral é uma condição frequente e geralmente benigna. A apresentação bilateral é rara e constitui um sinal de alarme, impondo exclusão de etiologias infecciosas, inflamatórias ou tumorais. O reconhecimento precoce da causa subjacente é determinante para o prognóstico.

Caso clínico: Homem, 51 anos, autónomo, antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência por parésia facial periférica esquerda, inicialmente interpretada como Parésia de Bell. Três dias depois apresentou envolvimento contralateral, configurando diplegia facial periférica, sem febre, cefaleia ou outros défices neurológicos. Ao exame Objetivo evidenciava diplegia facial com reflexos osteotendinosos simétricos, mas diminuídos, sem sinais piramidais. A TC e a RM cerebral excluíram lesão isquémica ou estrutural, afastando a hipótese de AVC, estudo analítico apenas VHC positivo com carga viral negativa. A ausência de síndrome meníngea e a punção lombar com análise do LCR – proteínas 210 mg/dL, 5 células, glicose normal – excluíram meningite e revelaram dissociação albumino-citológica. Assumiu-se o diagnóstico de variante atípica de Síndrome de Guillain-Barré. Iniciou imunoglobulina intravenosa durante cinco dias, com melhoria clínica progressiva e integração em programa de reabilitação.

Discussão: A diplegia facial obriga uma investigação etiológica urgente. O AVC do tronco cerebral deve ser considerado, sobretudo na presença de fatores de risco vascular, mas a ausência de outros sinais focais e a neuroimagem normal tornaram-no improvável. A meningite foi excluída pela ausência de pleocitose ou hipoglicorraquia no LCR. A presença de dissociação albumino-citológica foi determinante para o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré, mesmo na ausência inicial de arreflexia. Este caso reforça a importância de elevada suspeição clínica perante variantes atípicas e do papel central no diagnóstico estruturado em Medicina Interna.

PO 217

UMA CAUSA RARA DE DISPEPSIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Pimenta; Joana Martinez; Clara Pinto; Carolina Marçal; Guilherme Cunha; Susana Cavadas
Hospital Infante Dom Pedro em Aveiro

A infeção por *Strongyloides stercoralis* é uma helmintíase endémica de regiões tropicais e subtropicais, transmitida por contacto com fezes humanas. Pode ser subclínica durante décadas ou com manifestações inespecíficas. A estenose duodenal é uma apresenta-

ção rara. Casos mais graves estão associados a imunossupressão concomitante.

Caso clínico: Mulher de 51 anos, natural da Guiné, em Portugal há 33 anos, cabeleireira. Orientada para consulta de Medicina Interna por epigastralgias, enfartamento precoce, vômitos, perda ponderal, anemia ferropénica e hipoalbuminemia. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que identificou estreitamento duodenal a sugerir compressão extrínseca, solicitando-se TC abdominal. Por agravamento clínico, com vômitos alimentares e intolerância alimentar total, recorreu ao serviço de urgência, apresentando drenagem de conteúdo biliar abundante pela sonda nasogástrica.

Realizada EDA, identificando-se estenose duodenal em DII punctiforme infranqueável, com biópsia a evidenciar infeção por *Strongyloides stercoralis*. TC abdominal com espessamento da parede duodenal, atingindo o ângulo de Treitz, com adenomegalias envolventes.

Das serologias destaca-se presença de anticorpos para HTLV I e II, compatíveis com infeção crónica.

Durante o internamento iniciou nutrição parentérica, mas, dado o agravamento clínico, a inexistência de ivermectina parentérica e a impossibilidade de intervenção cirúrgica, iniciou corticoterapia e ivermectina oral com melhoria progressiva. Após 1 mês de internamento, doente teve alta a tolerar dieta oral.

Após 6 meses em ambulatório, sem epigastralgias ou queixas de enfartamento, com recuperação clínica e analítica.

Discussão: Este caso revela a importância da anamnese detalhada como fator chave na realização de estudo complementar dirigido. Especificamente, a proveniência de uma região endémica, obrigou a uma maior amplitude de hipóteses diagnósticas a considerar.

PO 218

HEMOCROMATOSE TARDIA: DA SINTOMATOLOGIA AO DIAGNÓSTICO

André Sousa Vares; Rita Matos Sousa; Marta Reisinho Mesquita; Inês Pinto Rodrigues; Cristina Miranda; Ana Rita Marques
Hospital de Braga

Introdução: A hemocromatose hereditária (HH) é uma doença genética caracterizada por sobrecarga sistémica de ferro, levando ao acúmulo progressivo de ferro em órgãos como o fígado. A mutação H63d em homozigotia é frequente na população, mas apresenta baixa penetrância clínica. Se houver manifestações clínicas por norma estão associadas a fatores adicionais como hepatopatia alcoólica, obesidade ou hepatite viral.

Caso clínico: Mulher, 83 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia, excesso de peso, osteoporose, colecistectomia em 2008 e cirrose (assumida como secundária a hepatite tóxica por toma de alendronato). Em 2023 detetada trombocitopenia nos cuidados de saúde primários (CSP), tendo sido feita referenciação

para a consulta de medicina interna (MI) por cirrose e trombocitopenia progressiva (70.000 mm³). Na altura o pedido de consulta foi recusado por valor das plaquetas não justificar estudo, tendo em conta provável sequestro esplênico.

Em julho de 2025, por dor crónica em agravamento no hipocôndrio direito, associada a anorexia, recorreu aos CSP onde foram realizados novos exames. A doente foi assim enviada novamente no final de 2025 pela médica de família à consulta de MI por cirrose Child-Pugh classe B (7 pontos) a condicionar hipertensão portal, esplenomegália, varizes esofágicas e circulação colateral abdominal, associada à deteção de aumento de ferro sérico (181 ng/mL) e ferritina (730 ng/mL). Sem hábitos etílicos. Serologias virais negativas. Fibroscan de julho a revelar esteatose ligeira. Toma de alendronato como etiologia pouco conhecida de cirrose. Do estudo genético, presença de H63D em homozigotia.

Discussão: Apesar da baixa penetrância clínica da HH por H63D em homozigotia, em raros casos pode apresentar um papel importante no desenvolvimento de cirrose. A sua procura como etiologia não deve ser atrasada pela existência de outros fatores mais prováveis.

PO 219

TRÊS SISTEMAS, UM DIAGNÓSTICO: AMILOIDOSE AL

Cristiana Lopes; Ricardo Costa; Marta F. Costa; Carla Fidalgo; Cindy Tribuna

Hospital de Braga

A amiloidose AL é uma doença rara, multissistêmica, causada pela deposição tecidual de cadeias leves monoclonais, com apresentação inespecífica e pior prognóstico quando existe envolvimento cardíaco.

Homem, 72 anos, ex-fumador, com hipertensão arterial e doença arterial periférica, admitido por síncope recorrentes, parestesias distais dos membros inferiores (MIs) e perda ponderal de 25 kg em 2 anos. Ao exame físico, emagrecido, com hipotensão ortostática e hipoestesia distal bilateral nos MIs. Analiticamente, destacava-se proteinúria nefrótica (>300 mg/dL) e disfunção renal (creatinina sérica 1,4 mg/dL). A urina de 24h revelou proteinúria de 7,62 g, albuminúria de 4,8 g e elevação de cadeias leves livres urinárias λ . A eletroforese de proteínas séricas não mostrou pico monoclonal e o rácio de cadeias leves livres era normal. Perante sintomas constitucionais, foi equacionada hipótese paraneoplásica, após identificação, por angioTC, de lesão exofítica renal direita, posteriormente caracterizada por RMN como quisto hemorrágico. O ecocardiograma mostrou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, mais marcada ao nível do septo interventricular, com fração de ejeção preservada, sugerindo cardiomiopatia infiltrativa. A biópsia renal confirmou amiloidose AL de cadeias leves livres λ e a imunofenotipagem medular identificou 1,1% de plasmócitos, 90% clonais λ , com fenótipo MGUS-like. Iniciou-se terapêutica de suporte

com midodrina e tratamento dirigido com daratumumab-ciclofosfamida-bortezomib-dexametasona, com melhoria hemodinâmica, resolução das síncope e resposta hematológica completa.

Este caso ilustra o desafio diagnóstico da amiloidose AL sem pico monoclonal e com rácio sérico de cadeias leves livres normal. A biópsia renal com tipagem do amiloide foi decisiva para o diagnóstico definitivo e a avaliação precoce do envolvimento cardíaco foi fundamental para a estratificação prognóstica e instituição atempada de terapêutica dirigida.

PO 220

HIPERCORTISOLISMO OCULTO: O ELO ENTRE UMA PNEUMONIA GRAVE E O DESCONTROLO METABÓLICO

Ana Sofia Nepomuceno; Martim Trovão Bastos; Ana Rita Tomás; Luísa Martinho Marques; Rita Ribeiro Vilar; Rafael Beja Cruz

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A doença pneumocócica invasiva pode ser a apresentação de uma doença endócrina. O hipercortisolismo endógeno, embora raro, associa-se a imunossupressão, infeções graves e descontrolo metabólico, podendo permanecer subdiagnosticado quando os sinais são atribuídos a comorbilidades como obesidade, diabetes ou hipertensão arterial.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 40 anos, com artrite reumatoide sem terapêutica e obesidade em agravamento no último ano, admitida por febre e dispneia há uma semana. Apresentava insuficiência respiratória parcial (aporte de oxigénio máximo de 2L/min) e estudo analítico com 12.000 leucócitos/ μ L e proteína C-reativa 23,7mg/dL. A radiografia torácica revelou condensação no lobo pulmonar inferior esquerdo. As hemoculturas isolaram *Streptococcus pneumoniae*, confirmando doença pneumocócica invasiva.

Durante o internamento destacou-se o diagnóstico recente de hipertensão de difícil controlo e hemoglobina glicada de 9,7%, com necessidade de insulino-terapia. A tomografia computadorizada abdominal evidenciou esteatose hepática marcada. Evoluiu favoravelmente com a antibioterapia instituída.

O estudo revelou cortisol livre na urina de 24h repetidamente elevado (>1700 μ g/24h), ausência de supressão após provas de 1mg e 2mg de dexametasona (cortisol sérico matinal 17 μ g/dL), perda do ritmo circadiano (razão cortisol 0h/8h = 0,89) e hormona adrenocorticotrófica (ACTH) suprimida (<10pg/mL), sendo compatível com síndrome de Cushing ACTH-independente. A tomografia das suprarrenais identificou um nódulo de 30mm na suprarrenal direita, tendo sido realizada adrenalectomia. O exame histológico confirmou adenoma cortical.

Após cirurgia verificou-se reversão da hipertensão e da diabetes, com suspensão da terapêutica, mas re-

cidiva da artrite reumatoide previamente quiescente. Este caso ilustra a importância de reconhecer sinais de alerta metabólicos e infecciosos como manifestações de hipercortisolismo, cujo diagnóstico e tratamento atempados podem alterar o prognóstico.

PO 221

AVC MINOR POR TROMBO NO VENTRÍCULO ESQUERDO EM MIOCARDIOPATIA DILATADA

Elisa Caldeira; Eduarda Moniz; Carolina Barros;
João Patrício Freitas
SESARAM

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) cardioembólico constitui cerca de 25% dos eventos isquêmicos. Embora a fibrilhação auricular seja a etiologia mais frequente, a doença estrutural cardíaca, como a miocardiopatia dilatada (MCD), constitui uma fonte embólica importante e menos abordada na literatura.

Caso clínico: Doente de 50 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e insuficiência cardíaca por MCD idiopática, portador de pacemaker. Foi admitido no Serviço de Urgência (SU) por parésia facial central esquerda e disartria, pontuando um NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) de 2. A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica excluiu hemorragia aguda e o eletrocardiograma mostrou ritmo de pacing. Foi admitido na unidade de AVC com diagnóstico de AVC minor, a realizar dupla antiagregação plaquetária. O ecocardiograma transtorácico (Eco-TT) inserido na investigação etiológica revelou dilatação grave do ventrículo esquerdo, disfunção sistólica grave (fração de ejeção 29%) e um trombo apical de grandes dimensões. Posto isto, iniciou anticoagulação com enoxaparina às 48h após a admissão, depois de discussão multidisciplinar, tendo realizado transição para rivaroxabano ao 8º dia de internamento. Após 10 dias, o doente teve alta, clinicamente estável e com NIHSS de 2.

Discussão: A tríade de Virchow está implícita na formação de trombos no VE na MCD: estase sanguínea pela disfunção sistólica e dilatação; disfunção endotelial e hipercoagulabilidade, pela própria insuficiência cardíaca. A realização de um ecoTT precocemente é crucial para detetar fontes embólicas estruturais. O início da anticoagulação às 48h revelou ser seguro para um AVC minor, sendo concordante com evidência recente que apoia a anticoagulação precoce (até 4 dias) nestes cenários. Apesar da varfarina ainda ser privilegiada pelas normas da American Heart Association (AHA), os anticoagulantes orais diretos são uma alternativa eficaz e com melhor adesão terapêutica.

PO 222

HEPATITE AUTOIMUNE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E MANIFESTAÇÕES SISTÉMICAS

Ana Cristina Peixoto; José Manuel Couto;
Margarida Miguel Paraíso; Ana Luísa Maceda Rodrigues;
Luís Nogueira Silva; Jorge Almeida
Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A Hepatite Autoimune (HAI) pode manifestar-se como hepatite aguda grave. Quando associada a artralguas e anemia hemolítica, o diagnóstico diferencial expande-se, tornando a biópsia hepática e o estudo imunológico ferramentas essenciais.

Caso clínico: Mulher, 53 anos, sem antecedentes de relevo. Admitida por astenia, náuseas e desconforto abdominal com três semanas de evolução. Referia artralguas simétricas (punhos e ombros) desde há 2 meses, que resolviam com anti-inflamatório. Ao exame Objetivo, estava ictérica, sem estigmas de hepatopatia crónica. Analiticamente, destacava-se padrão de lesão hepatocelular (R>5): alanina aminotransferase 1422 U/L, aspartato aminotransferase 1992 U/L e bilirrubina total 4,82 mg/dL (direta 2,7mg/dL). Coagulação normal. A ecografia abdominal com doppler excluiu patologia biliar e trombose vascular portossistémica.

Do estudo etiológico, foram excluídas causas infecciosas e metabólicas. Negava consumo de álcool ou outros fármacos. Tinha velocidade de sedimentação aumentada, hipergamaglobulinemia, anticorpos anti-nucleares positivos (1/640) e pesquisa de anticorpos contra antígenos nucleares extraíveis positiva. Restante painel auto-imune (anticorpos antimitocondriais, anti-músculo liso e anti-microsomas de fígado e rim tipo 1) negativo.

A biópsia hepática mostrou septação fibrosa extensa, infiltrado linfoplasmocitário exuberante, hepatite de interface e corpos acidófilos, confirmando HAI. Durante o internamento, teve queda de hemoglobina (descida de 1,5 g/dL) sem perdas evidentes, haptoglobina indeseável, lactato desidrogenase elevada, reticulocitose e teste de Coombs direto positivo, confirmando anemia hemolítica autoimune concomitante.

Iniciou prednisolona (1 mg/kg/dia) com redução das aminotransferases e estabilização da hemoglobina (12,3 g/dL à alta). Instituiu-se terapêutica de manutenção com azatioprina, mantendo seguimento em consulta de Medicina para desmame de corticoide e monitorização da remissão.

Conclusão: Este caso destaca a importância da investigação exaustiva na hepatite aguda. A presença de artralguas e hemólise reforça a natureza sistémica da desregulação imune. O diagnóstico atempado deste *overlap* foi crucial para a exclusão de toxicidade farmacológica e instituição de corticoterapia.

PO 223

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO APRESENTAÇÃO DE UMA ENDOCARDITE MARÂNTICA

Elisa Caldeira; Eduarda Moniz; Carolina Barros;
João Patrício Freitas
SESARAM

Introdução: A endocardite trombótica não bacteriana, ou Endocardite Marântica (EndM) é uma condição rara na qual há formação de vegetações valvulares estéreis. Associa-se frequentemente a estados de hipercoagulabilidade, como as neoplasias avançadas, em especial os adenocarcinomas, conferindo um elevado risco de embolia sistêmica. Constitui um desafio diagnóstico, requerendo um elevado nível de suspeição clínica.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, com adenocarcinoma do pulmão estadio IV, mutação EGFR, medicada com osimertinib, foi admitida no Serviço de Urgência por afasia e parésia do membro superior direito, com NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) de 6, tendo sido submetida a trombectomia por oclusão do ramo M2 da artéria cerebral média esquerda evidenciada na angio-tomografia computadorizada (TC), ficando posteriormente internada na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Nas análises apresentava trombocitopenia (62 000/uL), anemia e lesão renal aguda. Agravou neurologicamente (NIHSS 12) por transformação hemorrágica da lesão isquêmica. No 2º dia, foram objetivadas lesões de Janeway nas extremidades, febre e distensão abdominal, com isquemia esplênica documentada por TC. Fez ecocardiograma TT (EcoTT) revelando vegetações na válvula mitral. As hemoculturas foram negativas após 10 dias. Apresentou ainda trombose venosa profunda (TVP) e suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP). Verificou-se agravamento da trombocitopenia (35.000/uL), apesar da suspensão do osimertinib, impossibilitando a anticoagulação terapêutica.

Discussão: A neoplasia metastizada, múltiplos eventos embólicos, vegetações valvulares e hemoculturas negativas fundamentaram o diagnóstico de EndM. O osimertinib é utilizado para o tratamento do adenocarcinoma do pulmão, causando frequentemente trombocitopenia. A anticoagulação, pilar do tratamento, foi condicionada pela trombocitopenia grave e pelo risco hemorrágico do AVC. Este caso retrata um desafio na gestão terapêutica desta síndrome paraneoplásica.

PO 224

MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA ASSOCIADA A ESTATINAS: QUANDO NÃO É APENAS UMA MIOSITE PÓS-VÍRICA

Rita Margarida Sousa Xavier; Sara Silva; Angela Coelho;
Rita Gamboa Cunha; Carla Peixoto
Centro Hospitalar do Médio Ave

A miopatia necrotizante imunomediada associada a estatinas é uma entidade rara das miopatias inflamatórias idiopáticas, caracterizada por fraqueza muscular proximal, elevação marcada da creatina-quinase e presença de anticorpos anti-HMG-CoA redutase. Pode mimetizar miopatias tóxicas ou inflamatórias pós-infecciosas, atrasando o diagnóstico. A suspeição clínica é fundamental, sobretudo quando a evolução não é a esperada.

Homem de 64 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia medicada com atorvastatina desde 2022, admitido por fraqueza muscular progressiva com três semanas de evolução. O quadro iniciou-se após síndrome febril com tosse seca autolimitada, tendo sido inicialmente interpretado como provável miosite pós-vírica. Evoluiu para tetraparesia proximal (grau 3) e disfagia para sólidos. Analiticamente apresentava rbdomiólise marcada (CK 20 940 U/L; mioglobina 10 541 ng/mL), elevação de transaminases (AST 645 U/L; ALT 277 U/L) e LDH 1156 U/L. Apesar de suspensão da estatina e fluidoterapia intensiva, manteve elevação persistente dos marcadores de lesão muscular, levantando suspeita de miopatia inflamatória. O estudo etiológico inicial, incluindo painel de autoanticorpos de miopatias inflamatórias, foi negativo. A RM muscular revelou edema inflamatório multifocal, predominante no músculo reto femoral direito, onde foi realizada biópsia muscular (ainda sem resultado). Iniciou corticoterapia sistêmica com melhora clínica gradual e redução da CK (1714 U/L à alta). Perante evolução atípica, foi alargado o estudo imunológico, verificando-se positividade para anticorpos anti-HMG-CoA redutase, confirmando miopatia necrotizante imunomediada associada a estatina.

Este caso destaca a importância de reconsiderar o diagnóstico perante evolução clínica não concordante com uma miosite pós-vírica. A persistência de elevação marcada de CK e a fraqueza progressiva devem motivar investigação adicional. A identificação de anticorpos anti-HMG-CoA redutase permitiu estabelecer o diagnóstico e orientar terapêutica imunossupressora. Em doentes sob estatinas com miopatia grave e prolongada, esta entidade deve ser precocemente considerada para evitar atraso diagnóstico e incapacidade funcional.

PO 225

COLANGITE IMUNOMEDIADA ASSOCIADA A PEMBROLIZUMAB

Camila Torres; João Francisco Abrantes; Hugo Cecílio; Julian Rodriguez Barrios; Lúgia Peixoto

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O pembrolizumab está indicado no tratamento de diversas neoplasias avançadas, incluindo carcinoma de células renais metastático. Contudo, está associado a eventos adversos imunomediados, potencialmente graves e multissistêmicos. A colangite imunomediada é uma complicação rara, de difícil diagnóstico, particularmente em doentes idosos, nos quais coexistem frequentemente múltiplas comorbilidades.

Caso clínico: Mulher de 90 anos, com neoplasia do rim esquerdo com metastização secundária com atingimento ósseo, sob terapêutica com pembrolizumab, admitida por icterícia progressiva e astenia. Analiticamente apresentava padrão de colestase bioquímica e de citólise hepato-celular, com bilirrubina total máxima de 32 mg/dL, fosfatase alcalina 1055 U/L e GGT 2121 U/L, associadas a elevação das transaminases. Sem febre ou instabilidade hemodinâmica. Ecografia abdominal sem dilatação das vias biliares ou evidência de obstrução. Excluídas causas infecciosas e obstrutivas, assumiu-se colangite imunomediada. Suspendeu imunoterapia e iniciou corticoterapia endovenosa (metilprednisolona 2 mg/kg). Perante resposta insuficiente, foi iniciada terapêutica com micofenolato de mofetilo e ácido ursodesoxicólico. Após discussão multidisciplinar com Oncologia, teve alta para medidas de conforto no domicílio.

Discussão: A colangite imunomediada associada a inibidores de PD-1 é uma entidade rara, devendo ser considerada perante padrão colestatóico sem causa obstrutiva evidente em doentes sob imunoterapia. O seu diagnóstico pressupõe a exclusão de outras etiologias e um alto nível de suspeita clínica. A suspensão precoce do fármaco e a instituição atempada de corticoterapia são fundamentais para evitar progressão para lesão hepática grave. Este caso reforça a importância da vigilância de eventos adversos imunomediados e da abordagem multidisciplinar.

PO 226

TROMBOSE DA VEIA PORTA EM CONTEXTO DE INFECÇÃO AGUDA POR CMV

Camila Torres; João Francisco Abrantes; Hugo Cecílio; Juliana Rochate; Lúgia Peixoto

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A trombose da veia porta (TVP) é uma entidade rara em doentes sem neoplasia, implicando investigação etiológica exaustiva. A infecção aguda por citomegalovírus (CMV) tem sido descrita como fator pró-trombótico, mesmo em doentes imunocom-

petentes, através de mecanismos inflamatórios e disfunção endotelial. Apresenta-se caso de TVP associada a infeção aguda por CMV.

Caso clínico: Homem, 35 anos, previamente saudável, recorreu ao SU por febre até 38,9°C com 2 semanas de evolução, mialgias, artralgias, sudorese noturna e anorexia. Analiticamente com aumento dos parâmetros de citólise hepatocelular (ALT 329 U/L, AST 249 U/L), LDH 463 U/L e PCR 3,7 mg/dL. TC toraco-abdomino-pélvica revelou hepatoesplenomegalia e trombose aguda do ramo direito da veia porta. Iniciou anticoagulação terapêutica. Estudo etiológico alargado: trombofilias hereditárias negativas; estudo metabólico sem alterações; marcadores tumorais negativos; endoscopia digestiva alta sem alterações; painel de neoplasias mieloproliferativas negativo; anticoagulante lúpico positivo isolado; imunofixação inicial com padrão oligoclonal IgM lambda, posteriormente resolvido. Serologia CMV IgM+ e carga viral 3460 UI/mL confirmaram infeção aguda. Iniciou ganciclovir EV, seguido de valganciclovir oral, com posterior apirexia e melhoria laboratorial progressiva. Angio-TC de controlo demonstrou permeabilidade dos ramos principais da veia porta, com alterações perfusionais residuais hepáticas.

Discussão: Este caso ilustra a infeção aguda por CMV como causa potencial de TVP em doente imunocompetente, após exclusão de etiologias neoplásicas, metabólicas e trombofilias major. O reconhecimento precoce permitiu terapêutica antiviral e anticoagulação atempadas, com reversão clínica, negatificação da carga viral e recanalização portal. Salienta-se a importância de incluir CMV no estudo de trombose portal inexplicada e de manter abordagem multidisciplinar na exclusão de estados protrombóticos subjacentes.

PO 227

TRIÁDE CLÁSSICA E POSITIVIDADE ANTI-GQ1B: UM CASO TÍPICO DE SÍNDROME DE MILLER FISHER

Elisa Caldeira; João Diogo Barros; João Pedro Matos; Roberto Mendes Franco; Armando Morganho; Teresa Carolina Aguiar
SESARAM

Introdução: O Síndrome de Miller Fisher (SMF) é uma variante rara do Síndrome de Guillain-Barré (SGB), caracterizada pela tríade clássica de oftalmoplegia, ataxia e arreflexia. A sua patogénese está ligada aos anticorpos (Ac) anti-GQ1b, que surgem por mimetismo molecular após eventos infecciosos. A relevância deste caso prende-se com a raridade da patologia e a importância do reconhecimento de formas com sintomas atípicos.

Caso clínico: Mulher, 58 anos, com antecedentes de hipertensão e dislipidemia. Apresentou quadro com 2 semanas de evolução iniciado por crise hipertensiva, cefaleia periorbitária esquerda, seguida de sensação

de vertigem, desequilíbrio na marcha, visão turva e diplopia. Reportou síndrome gripal 15 dias antes dos sintomas. Ao exame neurológico apresentava midríase bilateral, oftalmoplegia internuclear bilateral, assim como limitação da superversão, apalestesia global, reflexos osteotendinosos (ROT) diminuídos, e ataxia sensitiva com Romberg presente. A ressonância magnética (RM) cerebral e neuroeixo foram normais. A punção lombar revelou dissociação albumino-citológica. Iniciou metilprednisolona endovenosa por suspeita de etiologia autoimune (AI), apresentando recuperação rápida da diplopia e autonomia na marcha, com alta clínica ao 9.º dia de internamento. A infecção prévia, o episódio inicial sugestivo de disautonomia, e a combinação de apalestesia, oftalmoplegia e ataxia com RM-cerebral normal sugeriam um processo neuropático AI compatível com SMF, que se confirmou com a pesquisa de Ac anti-GQ1b IgG positiva.

Discussão: O SMF representa cerca de 1–5% dos casos de SGB, sendo o diagnóstico predominantemente clínico. A presença de Ac anti-GQ1b tem uma especificidade de 100%, ligando-se a áreas ricas neste gangliossídeo, como os nervos oculomotores e fusos neuromusculares. Embora a imunoglobulina intravenosa ou a plasmaferese sejam as terapêuticas de primeira linha, este caso demonstrou uma evolução favorável com corticoterapia. O prognóstico é geralmente excelente, reforçando a importância do diagnóstico diferencial precoce perante uma tríade neurológica aguda.

PO 228

GIST GÁSTRICO COMPLICADO: DA SOBREINFECÇÃO À PERICARDITE POR IMATINIB

Ana Catarina Ribeiro Amaral; Patrícia Brás Marques; Rute Painçal; Patrícia Chow Liu; Luciana Jorge Silva
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são raros, com apresentação variada e inespecífica, desde assintomática até dor abdominal, hemorragia digestiva, podendo complicar com necrose tumoral, sobreinfecção e fistulização, sobretudo em GIST volumosos. Nestes casos, há indicação para tratamento neoadjuvante preferencial com imatinib. A complexidade do caso, associada a efeito adverso raro do tratamento tornam-no particularmente relevante.

Homem, 71 anos, antecedentes de massa abdominal de 5 cm diagnosticada há 8 meses em Angola, úlcera gástrica e infecção por *Helicobacter pylori*, em tratamento. Recorreu à urgência por hematemese. Analiticamente, queda de hemoglobina de 4 g/dL num mês e proteína C reativa (PCR) 18 mg/dL. Endoscopia revelou úlcera gástrica forrest III. Tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou massa quística complexa (22 cm) adjacente ao estômago, fistulizada para o mesmo. Submetido a biópsia e drenagem percutânea da massa, com saída de conteúdo purulento (isolados *Kleb-*

siella pneumoniae e *Streptococcus anginosus*), tendo cumprido 6 semanas de antibiótico dirigido. Estudo histológico confirmou GIST. Exames de estadiamento sem evidência de metastização. Decidido em reunião multidisciplinar com Oncologia e Cirurgia Geral iniciar Imatinib neoadjuvante. Por febre e aumento da PCR de novo, pedida TC urgente, que revelou redução dimensional da massa, porém com derrame pericárdico de novo e hiperrealce dos folhetos pericárdicos, confirmado em ecocardiograma. Assumida pericardite aguda secundária ao Imatinib, que foi suspenso, iniciando anti-inflamatórios, com melhoria clínica e analítica. Este caso realça a importância da abordagem multidisciplinar em GIST complicados, que contraindicam ressecção inicial e beneficiam de terapêutica neoadjuvante. A ocorrência de derrame pericárdico com pericardite aguda por imatinib, embora raro, tornou o caso especialmente desafiante, sendo a suspensão adequada, mas permanecendo plausível a sua reintrodução futura.

PO 229

QUANDO A ENDOCARDITE CHEGA AO CÉREBRO

Micaela Sousa¹; Pedro Simões²; Teresa Guimarães Rocha¹; Rita Silva¹; Helena Maurício¹; Eugénia Madureira¹

¹ Unidade Local de Saúde do Nordeste

² Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O AVC isquémico ocorre quando há uma redução súbita do fluxo sanguíneo cerebral devido à obstrução de uma artéria. A investigação da sua causa é fundamental para definir o tratamento adequado e prevenir recorrências, sendo focada na identificação do mecanismo responsável pela oclusão.

Caso clínico: Sexo feminino, 74 anos, parcialmente dependente após AVC isquémico cerebeloso (POCI direito). Antecedentes pessoais de cirurgia cardíaca com colocação de prótese biológica por estenose de válvula aórtica. Foi encaminhada ao SU por tonturas, desequilíbrios, prostração e febre de início nesse dia. Ao exame neurológico com desequilíbrio, sem outras alterações. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, e proteína C reativa aumentada. Realizou radiografia de tórax sem alterações. Tendo em conta quadro de febre e foco não determinado, foram pedidas hemoculturas e TAC-toracoabdominopélvico, onde foi objetivada redução do calibre da artéria mesentérica compatível com embolização séptica. Também se verificou hipocaptção de contraste no terço medial superior do baço, igualmente suspeito de embolização. Dados antecedentes de AVC isquémico recente, repetiu imagem cerebral, onde se observou uma pequena área de hipodensidade de novo em planos profundos da base do lobo occipital direito, compatível com isquemia recente. Por não ter sido encontrado o foco da febre, e tendo em conta que a doente tem uma prótese biológica, foi pedido ecocardiograma transtorácico. Observou-se uma vegetação na

válvula aórtica biológica. Foi confirmada endocardite da válvula aórtica protésica através da realização de ecocardiograma transesofágico. Doente realizou antibióterápia dirigida e foi reintervencionada por Cirurgia Cardioriorácica.

Discussão e conclusão: Um AVC originado por um êmbolo séptico acontece quando um coágulo que se originou num foco infeccioso se desloca pelo sistema vascular e se aloja numa artéria cerebral, bloqueando o fluxo sanguíneo cerebral e causando um AVC isquémico. Este tipo de AVC resulta de um duplo insulto provocado pela obstrução vascular e pela infeção, sendo originado muitas vezes de endocardite infecciosa. O tratamento habitualmente envolve tratamento anti-biótico e, em alguns casos, é necessária intervenção como tromboectomia mecânica.

PO 230

SÍNDROME ANTI-SINETASE EM OVERLAP COM ESCLEROSE SISTÉMICA – UM CASO CLÍNICO

Victor Marquez; Ana Campar; Marta Cunha; Margarida França
Unidade Local de Saúde de Santo António

A síndrome anti-sinetase (SAS) é uma miopatia inflamatória idiopática rara, caracterizada por miosite, doença pulmonar intersticial (DIP), artrite não erosiva, fenómeno de Raynaud, “mãos de mecânico” e produção de anticorpos contra a sinetase do tRNA. Afecta sobretudo mulheres entre os 30-50 anos.

Apresentamos um caso de uma mulher de 55 anos, com fenómeno de Raynaud de longa evolução, admitida por clínica de 3 meses de poliartralgias e mialgias incapacitantes, de carácter inflamatório, dispneia para moderados-pequenos esforços, astenia, fraqueza muscular das cinturas pélvicas e escapular e disfagia para sólidos. Sem febre, úlceras orais ou genitais e uveíte.

Constatada microstomia, sinovite das interfalângicas proximais e cotovelos, “mãos de mecânico”, redução do pregueamento cutâneo (índice de Rodnan modificado 38) e incapacidade de abdução dos membros superiores por fraqueza muscular. Estudo auxiliar a mostrar anemia normocítica e normocrómica, VS=52mm/h, citólise hepática (4-5x o valor normal), CK=7091U/L, ANA 1/80, anticorpo anti-Ro52 e anti-Zo positivo (anticorpo antissinetase); EMG com achados compatíveis com process miopático; TC com derrame pleural bilateral e alguns nódulos pulmonares nos lobos inferiores e médio; hipertensão pulmonar confirmada em cateterismo cardíaco direito com componentes pré e pós-capilares; rastreio de neoplasia negativo; biópsia de pele a revelar discretas alterações esclerodermiformes e biópsia muscular com resultado preliminar de miopatia inflamatória.

Assumido o diagnóstico de escleromiosite com predomínio de miopatia inflamatória e envolvimento esofágico, tendo iniciado pulsos de metilprednisolona 500 mg, imunoglobulina 1g/kg (2 dias) e metotrexato

15 mg sc, com melhoria clínica. Após a alta, biópsia muscular com perfil morfológico e imunohistoquímico compatível com SAS, firmando-se o diagnóstico. Realizada indução com rituximab 1000mg.

Este caso mostra-nos uma apresentação típica, ainda que com auto-anticorpos mais raros, da SAS, em overlap com esclerodermia limitada. A DIP na maioria das vezes é grave e rapidamente progressiva, sobretudo na presença concomitante de anti-Ro52, sendo a principal causa de morbimortalidade na SAS. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais, no controlo sintomático e melhoria do prognóstico.

PO 231

UMA DORSALGIA QUE CONTOU OUTRA HISTÓRIA

Ana Mondragão; Guilherme Jesus; Francisca Carmo; Sara Viana; Vasco Tavares; Rafaela Veríssimo
ULSGE - Gaia

Doente 43 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por dor lombar com cerca de um mês de evolução. Foi observada por Ortopedia, que requisitou radiografia dorsal com suspeita de fratura; TC da coluna dorsal com evidência de fratura D8 sugestiva de ser patológica. Foi internada no Serviço de Ortopedia para controlo de dor e o tratamento foi conservador. Foi requisitada colaboração à Medicina Interna. A doente apresentava anorexia e astenia com um mês de evolução, que desvalorizou por ter um filho de um ano. Concomitantemente sintomas de cansaço fácil, “sensação estranha a amamentar” e dispneia para pequenos esforços. Antecedentes familiares: mãe com neoplasia da mama aos 45 anos.

Objetivamente apresentava-se pálida, asténica, posição preferencial deitada pela “dor generalizada” e palpação da mama direita com massa cerca de 3cm por 3 cm, e inversão mamilar.

Realizou radiografia torácica onde se verificou derrame pleural direito e alterações líticas nos arcos costais. Efetuou TC torax que mostrou derrame pleural de moderado volume à direita, espessamento cutâneo na mama direita com várias lesões e múltiplas metástases ósseas. Ecografia da mama com massa infiltrativa da mama direita com pelo menos 40mm de maior diâmetro, e realizou biópsia com o resultado histológico de carcinoma lobular in situ. Mantivemos a doente em observação pela Medicina Interna e pedimos colaboração à Oncologia – decidido em reunião de grupo em iniciar quimioterapia paliativa sistémica.

A presença de antecedentes familiares de cancro da mama, particularmente em primeiro grau diagnosticados em idade jovem, constitui um fator de risco relevante. Nestes casos, a vigilância clínica e imagiológica precoce e estruturada pode permitir a identificação de lesões em fases iniciais. A doente apresentava antecedente materno de cancro da mama, o que deveria motivar maior vigilância mamária e avaliação de risco fa-

miliar. A Medicina Interna assume frequentemente um papel central na Investigação etiológica de apresentações clínicas inespecíficas ou aparentemente localizadas, que podem representar a manifestação inicial de doença sistémica. Os sintomas constitucionais são muitas vezes desvalorizados - neste caso atribuídos às exigências de cuidar de um filho pequeno - e podem ser determinantes na identificação de uma doença subjacente.

PO 232

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: UM DIAGNÓSTICO POR EXCLUSÃO OU POR CONVICÇÃO?

Joana Araújo Correia; António Leão; Telma Matias;
Vilma Laís Grilo; Ana Luísa Broa
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

A tuberculose extrapulmonar constitui um desafio diagnóstico uma vez que pode mimetizar outras patologias mais comuns e a sensibilidade dos métodos microbiológicos convencionais é limitada.

Mulher de 83 anos, Angolana, com quadro de dispneia e tosse seca há 4 dias, é internada para estudo de derrame pleural direito com hipoxémia. Fez TC toraco-abdomino-pélvica que revelou adicionalmente espessamento parietal a nível do cólon transversal, adenopatias e suspeita de carcinomatose peritoneal. A colonoscopia mostrou estenose não franqueável a esse nível e úlceras circundantes. Fez toracocentese, sendo que o líquido pleural não apresentou isolamentos microbiológicos nem células neoplásicas, mas adenosina deaminase elevada. Teve alta a aguardar resultados histológicos.

As biópsias do cólon relataram colite crónica e granulomas epitelióides intramucosos, sugerindo a hipótese de doença inflamatória intestinal, e a biópsia pleural revelou granulomatose não necrotizante, a favor de sarcoidose. Não foi identificada neoplasia e os exames micobacteriológicos foram negativos.

Complementou estudo com broncofibroscopia, sendo a pesquisa de micobactérias por PCR e exame cultural novamente negativa, tanto nas biópsias como no lavado broncoalveolar. Repetiu TC abdominal, mantendo achados sugestivos de lesão neoformativa, e colonoscopia, com agravamento das úlceras e estudo histológico sobreponível. Fez teste de Mantoux e IGRA, sendo ambos positivos.

Após discussão multidisciplinar, dada a suspeição de tuberculose intestinal e pleural, optou-se por iniciar prova terapêutica com antibacilares. Após 6 meses, verificou-se resolução do derrame pleural e das úlceras e inflamação ao nível do cólon, confirmando o diagnóstico presuntivo.

O diagnóstico de tuberculose extrapulmonar exige um alto nível de suspeição, sobretudo quando a pesquisa de micobactérias é repetidamente negativa e a apresentação clínica é atípica. Nestes casos, a prova terapêutica constitui uma estratégia diagnóstica válida.

PO 233

NEM TODA A FEBRE É INFEÇÃO

João Pedro F. Marques; Gabriela Alves Rodrigues;
Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A síndrome serotoninérgica constitui uma emergência farmacológica iatrogénica, decorrente de hiperestimulação supra-fisiológica dos recetores de serotonina. Pode surgir por sobredosagem, interações farmacodinâmicas ou uso concomitante de fármacos que potenciam a neurotransmissão serotoninérgica, comprometendo a homeostasia autonómica e neuromuscular. Em doentes críticos ou sépticos, o seu reconhecimento pode ser dificultado, podendo passar despercebida.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, internada por sépsis secundária a pielonefrite aguda com bacteriémia por *Proteus mirabilis*, apresentando lesão múltipla de órgão. Iniciou antibioterapia dirigida com ceftriaxone com resolução inicial do quadro. Evolução com novo episódio séptico por rotura do canal excretor direito, sendo submetida a colocação de cateter de duplo J direito, sem intercorrências. Neste contexto, foi alterada a antibioterapia para piperacilina-tazobactam e linezolid, com melhoria clínica sustentada e sem novos isolamentos microbiológicos. Posteriormente, ainda sob antibioterapia, apresentou febre persistente, associada a períodos de clónus, rigidez e tremor muscular, sem foco infeccioso identificável clínica ou imagiológicamente. O quadro foi interpretado como síndrome serotoninérgica associada a linezolid e tapentadol crónico, suspensos com resolução da hipertermia em 24-48 horas.

Conclusão: O presente caso evidencia a importância do reconhecimento precoce da síndrome serotoninérgica em doentes polimedicados, particularmente com fármacos com potencial serotoninérgico significativo, como é o caso do linezolid e do tapentadol. Os autores salientam a necessidade de vigilância clínica rigorosa e revisão terapêutica criteriosa, de modo a prevenir morbilidade relevante e desfechos potencialmente graves.

PO 234

ENTRE O PULMÃO E O PERICÁRDIO: A FACE EXTRAPULMONAR DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE

João Pedro F. Marques; Gabriela Alves Rodrigues;
Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A infeção por *Mycoplasma pneumoniae* transcende o envolvimento pulmonar, assumindo expressão multissistémica frequentemente mediada por mecanismos imunológicos. A polisserosite, incluindo o derrame pericárdico, é uma manifestação rara e potencialmente subvalorizada, sobretudo quando desproporcional à gravidade respiratória inicial.

Caso clínico: Mulher de 30 anos, internada por tosse

produtiva, dispneia e febre até 39°C, com 15 dias de evolução, em agravamento e com insuficiência respiratória parcial. Referia contacto próximo com quadro gripal. Laboratorialmente com leucócitos $3.8 \times 10^9/L$; neutrófilos $2.72 \times 10^9/L$; PCR 6.12 mg/dL; PCT 0.53 ng/mL. A TC do tórax evidenciou infiltrados micronodulares centrilobulares, opacidades em vidro despolido, consolidações multifocais, associados a ligeiro derrame pleural bilateral e moderado derrame pericárdico (22mm), confirmado por ecocardiograma. Foi iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina, posteriormente ajustada para doxiciclina após serologia positiva para *Mycoplasma pneumoniae* (IgG 179 AU/mL; IgM > 27 AU/mL). Verificou-se melhoria clínica e analítica com desmame de oxigénio. Ecocardiograma pré-alta mostrou redução do derrame pericárdico (10 mm).

Conclusão: Este caso clínico ilustra o potencial multissistémico da infeção por *Mycoplasma pneumoniae*, destacando a ocorrência de polisserosite com derrame pericárdico significativo. A dissociação entre o envolvimento respiratório e a expressão extrapulmonar reforça a importância da suspeição etiológica precoce para orientação terapêutica adequada e evolução favorável.

PO 235

QUANDO A IMUNIDADE NÃO TEM JUÍZO: CASO DE SÍNDROME HEMAFAGOCÍTICO

João Carlos Oliveira; João Rio; Ana Margarida Ribeiro; Francisca Dâmaso; Inês Bento Andrade; Antony Dionísio; Joana Duarte

CHL Ocidental - Sao Franc Xavier

A síndrome de activação macrofágica (SAM) ou síndrome hemofagocítica (HLH), é uma complicação rara e potencialmente fatal de doenças auto-imunes, doenças linfoproliferativas e infecções, caracterizada por hiperactivação imunitária e tempestade de citocinas. O diagnóstico é desafiante pela apresentação inespecífica e sobreposição com infecção ou atividade da doença de base, exigindo elevada suspeição clínica. O SAM/HLH tem elevada taxa de mortalidade, portanto é importante o diagnóstico precoce de forma a instituir terapêutica o mais depressa possível.

Homem de 30 anos, natural de Cabo Verde, com diagnóstico recente de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC), com fenómeno de Raynaud, artralgias, mialgias e citopenias crónicas, medicado com corticoterapia. Recorreu ao serviço de urgência por febre elevada, sudorese profusa e cefaleia com cerca de seis dias de evolução. Analiticamente destacava-se pancitopenia, ferritina >10000 ng/mL, hipertrigliceridémia, elevação de transaminases e parâmetros inflamatórios. A imagiologia revelou hepato-esplenomegalia e adenopatias generalizadas. O HScore foi de 246 pontos, compatível com probabilidade superior a 99% de HLH. O estudo etiológico excluiu infeção e HLH primário, mantendo-se a hipótese de SAM secundária a doença auto-imune ou

a doença linfoproliferativa associada a disfunção imunitária. Iniciou pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina endovenosa, com posterior necessidade de terapêutica dirigida para tempestade de citocinas com anakirna e tocilizumab. Perante resposta incompleta, iniciou protocolo HLH-94 com etoposido, associado a ruxolitinib, com melhoria clínica e analítica progressiva. Durante o internamento ocorreram complicações infecciosas e metabólicas, com resolução após terapêutica dirigida. Teve alta orientado para seguimento especializado e avaliação para eventual transplante de medula óssea.

A SAM/HLH associada a doenças auto-imunes constitui um desafio diagnóstico e terapêutico, podendo cursar com evolução fulminante. Este caso destaca a importância do reconhecimento precoce, investigação etiológica exaustiva e abordagem terapêutica multidisciplinar, incluindo terapêutica imunomoduladora e protocolos específicos para HLH em situações refratárias.

PO 236

DA CISTITE AO DIAGNÓSTICO RARO E INESPERADO DE ESPONDILODISCITE POR ENTEROCOCCUS HIRAE

Joana Araújo Correia; António Leão; Lourenço Aguiar; Vilma Laís Grilo; Ana Luísa Broa

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

O *Enterococcus hirae* encontra-se classicamente associado a infeções em animais. Embora raro em humanos, tem sido progressivamente reconhecido como agente etiológico de infeções do trato urinário, biliar e endocardite, sobretudo em doentes imunocomprometidos.

Mulher de 68 anos com antecedentes de cirrose hepática etanólica, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crónica, é levada à Urgência por desorientação, cefaleia occipital persistente, náuseas e disúria desde há 3 dias. Negava febre e fotofobia. À observação, apresentava dor suprapúbica, sem sinal de Murphy renal. O exame neurológico e a TC crânio-encefálica não revelaram alterações. Analiticamente verificou-se subida dos parâmetros inflamatórios e leucocitúria. Pela ausência de febre e melhoria da cefaleia após analgesia, optou-se por protelar a punção lombar e assumir como diagnóstico provável infeção do trato urinário, iniciando antibioterapia empírica com cefuroxima, após colheita de culturas.

Posteriormente, a urocultura revelou *Klebsiella pneumoniae* e as hemoculturas isolaram *E. hirae*, tendo-se ajustado a antibioterapia para amoxicilina-ácido clavulânico (AAC). Foi excluída endocardite. Fez TC abdominopélvica, sem evidência de foco intra-abdominal. Na ausência de um foco evidente e tendo em conta o relato de um único caso de espondilodiscite por *E. hirae* em humanos na literatura, considerou-se essa hipótese. Após anamnese dirigida, a doente referiu cervicalgia com vários meses de evolução, previamente desvalorizada. Fez ressonância magnética que iden-

tificou espondilodiscite cervical. Após 7 dias de AAC, realizou 35 dias de ampicilina, com evolução favorável. O caso destaca-se pela sua singularidade e sublinha a importância da correlação dos dados clínicos com a evidência científica disponível. Com o avanço das técnicas de identificação microbiológica, é expectável que a deteção deste agente aumente, pelo que o seu impacto não deve ser subestimado, sobretudo em doentes com múltiplos fatores de risco.

PO 237

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM COM ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

Mafalda Petrucci Presunto; Sara Videira Almeida; Ana Costa; Ilídia Moreira; Cristina Rosário

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldenström é um linfoma linfoplasmocítico raro, frequentemente associado a produção monoclonal de IgM e manifestações clínicas diversas, incluindo anemia hemolítica autoimune. A sua apresentação inicial pode ser insidiosa, sendo o diagnóstico muitas vezes realizado após investigação de alterações hematológicas ou sintomas inespecíficos.

Caso clínico: Sexo masculino, 71 anos, hipertenso e dislipidémico, que deu entrada no serviço de urgência com uma semana de dor abdominal, vômitos e icterícia, sem sintomas B. Ao exame Objetivo a destacar esplenomegalia palpável. A avaliação analítica revelou anemia (Hb 7,5 g/dL), trombocitopenia ($106.000/\text{mm}^3$), desvio esquerdo da fórmula leucocitária com eritroblastos circulantes e hemólise (BT 5,2 mg/dL, BD 0,84 mg/dL, LDH 728 U/L) com coombs direto positivo e pico monoclonal IgM/K. Por anemia hemolítica iniciou corticoterapia, profilaxias e suplementação vitamínica. Restante estudo evidenciou medula óssea hiperplásica com 30% de linfócitos B monoclonais CD5/CD10 negativos, compatível com linfoma linfoplasmocítico. A TC confirmou esplenomegalia homogénea (~18cm) sem adenopatias; PET e ecocardiograma sem alterações. O diagnóstico inaugural de Macroglobulinemia de Waldenström foi estabelecido e o doente iniciou tratamento com rituximab, dexametasona e ciclofosfamida. Durante o internamento observou-se recuperação progressiva da hemoglobina (Hb 9,2 g/dL), resolução da icterícia e normalização do exame físico.

Discussão: Este caso ilustra que a Macroglobulinemia de Waldenström pode manifestar-se inicialmente como anemia hemolítica autoimune. O diagnóstico precoce e a terapêutica imunomoduladora direcionada permitem controlar a hemólise e a doença subjacente, destacando a importância de uma abordagem clínica integrada.

PO 238

ANEMIA INFLAMATÓRIA E COXALGIA: DIAGNÓSTICO DE ARTRITE REUMATOIDE COM NECROSE AVASCULAR DA ANCA

Ana Rita Azevedo Cordeiro Gomes; Joana Araujo; Ana Margarida Fonseca; Sérgio Madureira; Luís Lopes; Sofia Pimenta; Patrícia Lourenço

Hospital São João EPE

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crónica sistémica, frequentemente associada a manifestações extra-articulares e alterações laboratoriais como anemia inflamatória. O envolvimento da anca é menos frequente nas fases iniciais da doença, podendo levantar desafios diagnósticos, sobretudo quando coexistem alterações estruturais como necrose avascular da cabeça do fémur.

Mulher de 57 anos, orientada para consulta de Medicina Interna por anemia (hemoglobina 10,7 g/dL) e queixas articulares com predomínio na articulação coxofemoral. Referia coxalgia progressiva com limitação funcional. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrómica com características de anemia inflamatória, velocidade de sedimentação de 97 mm/1^h. O estudo imunológico revelou anti-dsDNA de 13 UI/mL, ENA *screening* negativo, fator reumatoide de 450 UI/mL e anticorpos anti-CCP de 111 U/mL. Perante a persistência de dor na anca, realizou ressonância magnética, que evidenciou necrose avascular bilateral das cabeças femorais (envolvendo cerca de 75% da superfície articular). A doente não apresentava antecedentes relevantes de corticoterapia prolongada, referindo apenas um ciclo de prednisolona 2 mg durante três meses em 2010. Não havia história de consumo excessivo de álcool, trauma ou outras causas clássicas de osteonecrose. Face ao quadro clínico, analítico e imagiológico, foi estabelecido o diagnóstico de artrite reumatoide seropositiva, coexistindo com necrose avascular das cabeças femorais. Iniciado metotrexato 10mg/semana com melhoria clínica e descida da velocidade de sedimentação.

A necrose avascular da cabeça do fémur é habitualmente associada a corticoterapia prolongada, consumo de álcool ou trauma, sendo rara na ausência destes fatores. Em doentes com AR, pode ocorrer por mecanismos multifatoriais, incluindo inflamação crónica, alterações microvasculares e fatores pró-trombóticos. Este caso evidencia um desafio diagnóstico, particularmente pela ausência de fatores de risco clássicos para osteonecrose. A presença de coxalgia em doentes com anemia inflamatória e serologia sugestiva de AR deve motivar investigação imagiológica dirigida. A identificação de necrose avascular pode alterar significativamente a abordagem terapêutica e o prognóstico funcional do doente.

PO 239**FEBRE, ADENOMEGALIAS E ODINOFAGIA: UM CASO DE DOENÇA DE STILL DO ADULTO**

Ana Cordeiro Gomes; Barbara Passos; Joana Araújo;
Ana Faceira; Jorge Almeida; Ana Oliveira Monteiro;
Patrícia Lourenço

Hospital São João EPE

A doença de Still do adulto (DSA) é uma doença inflamatória sistêmica rara, caracterizada tipicamente por febre elevada, rash cutâneo evanescente e artralgias ou artrite. O diagnóstico é desafiante e frequentemente de exclusão, exigindo a investigação de etiologias infecciosas, neoplásicas e autoimunes.

Homem de 68 anos admitido por quadro de odinofagia, febre e mal-estar geral, associado a polisserosite, adenomegalias e hepatoesplenomegalia. Durante o internamento observou-se rash cutâneo evanescente concomitante com picos febris. Evolutivamente desenvolveu artralgias envolvendo mãos, joelhos e calcânes. Foi realizado estudo etiológico alargado. O estudo imunológico sem achados de relevo. O estudo microbiológico não identificou agente etiológico. Atendendo à presença de adenomegalias e hepatoesplenomegalia, foram realizadas biópsias ganglionares e hepática, cujos resultados revelaram alterações reativas, sem evidência de doença linfoproliferativa ou infiltrativa. A biópsia osteomedular foi igualmente normal. O painel genético de doenças auto-inflamatórias foi negativo para doença monogénica. Alta sem diagnóstico etiológico, mas com redução franca dos parâmetros inflamatório, sem qualquer tratamento. Cerca de 1 mês após alta do internamento desenvolveu artralgias envolvendo mãos, joelhos e calcânes. Estabelecido o diagnóstico de doença de Still do adulto. Foi iniciada corticoterapia sistêmica, verificando-se melhoria clínica e laboratorial significativa.

A DSA é uma entidade rara e potencialmente subdiagnosticada, particularmente em doentes mais idosos, onde o diagnóstico diferencial com infeções, doenças autoimunes e neoplasias hematológicas é amplo. A apresentação com febre prolongada, rash evanescente e artralgias deve levantar suspeita diagnóstica, sobretudo após exclusão das causas mais frequentes. A resposta favorável à corticoterapia reforça o diagnóstico. A doença de Still do adulto deve ser considerada no diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada associada a manifestações sistêmicas e articulares. O reconhecimento precoce permite instituir terapêutica adequada e melhorar o prognóstico do doente.

PO 240**A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIDADE NO DIAGNÓSTICO DE GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGIITE**

Ana Cordeiro Gomes; José Pedro Almeida; Magda Almeida;
Edite Pereira; Jorge Almeida; Patrícia Lourenço

Hospital São João EPE

A Granulomatose eosinofílica com poliangiite (EGPA) é uma vasculite que se associa a anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA), inflamação granulomatosa rica em eosinófilos e necrose de vasos de calibre pequeno a médio.

Neste caso clínico reportamos o estudo de eosinofilia periférica com atingimento das vias respiratórias superiores (sinusite e rinite) e inferiores (asma na idade adulta), envolvimento cutâneo, osteoarticular e neurológico (mononeuropatias bilaterais progressivas) num homem de 61 anos. A doença decorreu em três fases: a fase alérgica com asma e rinosinusite; seguida da fase vasculítica com artralgias e mononeuropatias bilaterais progressivas e atingimento cutâneo; culminando na fase eosinofílica, que motivou o diagnóstico de EGPA com ANCA negativos. O diagnóstico foi realizado com base em critérios clínicos, laboratoriais, evidência imagiológica de vasculite e exclusão de outras causas de eosinofilia. Inicialmente, foi instituída corticoterapia, mas dada a gravidade e atingimento funcional marcado foi necessária imunossupressão com ciclofosfamida, com boa resposta clínica e analítica.

Aqui, a tríade clássica da EGPA ocorreu com uma evolução temporal arrastada e com a fase vasculítica a preceder a fase eosinofílica. Adicionalmente, a ausência de positividade para ANCA dificultou o diagnóstico na fase vasculítica e condicionou marcado atingimento de órgão e limitação funcional.

Portanto, neste caso clínico demonstramos a dificuldade de diagnóstico da EGPA pela sua raridade e apresentação variável e salientamos a importância de uma abordagem multissistémica e completa do indivíduo e da sua história pregressa para o diagnóstico e tratamento atempado. A fisiopatologia da doença envolve a interação entre a imunidade adquirida e ativação neutrófilos mediada por ANCA. Mas nem sempre acontece, exemplificando a necessidade de manter o diagnóstico de EGPA presente mesmo na ausência de ANCA.

PO 241**GONALGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM INFILTRAÇÃO ÓSSEA**

Ana Cordeiro Gomes; Magda Almeida; Jose Pedro Moreira;
Jorge Almeida; Ana Oliveira Monteiro

HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é o subtipo mais frequente de linfoma não Hodgkin (LNH), ocorrendo predominantemente em homens com idade

superior a 60 anos. A apresentação inicial é geralmente extranodal, com acometimento de outros sistemas como gastrointestinal, sistema nervoso central ou pulmões. Indivíduo do sexo masculino de 33 anos com perda ponderal de 16 kg com um ano de evolução. Dois meses antes da admissão, desenvolveu astenia progressiva, febre vespertina diária e sudorese noturna profusa. Um mês antes, iniciou gonalgia direita com edema e limitação funcional significativa. Analiticamente apresentava anemia normocítica ligeira e elevação da desidrogenase láctica (LDH 829 U/L). A ressonância magnética revelou edema medular ósseo multifocal sugestivo de processo infiltrativo. A PET-CT evidenciou adenopatias supra e infradiafragmáticas, envolvimento esplênico e captação óssea extensa. A imunofenotipagem de sangue periférico e medula óssea identificou uma população B clonal CD19+, CD20+ e CD10+. A biópsia de medula óssea confirmou LDGCB, subtipo de centro germinativo (GCB). A doença foi classificada como estadió IV segundo Ann Arbor, com índice prognóstico internacional ajustado à idade de 3, correspondente a risco intermédio-alto. Sem evidência de atingimento do sistema nervoso central em avaliação do líquido. O doente iniciou quimioterapia com esquema R-CHOP associada a profilaxia intratecal.

Este caso evidencia uma apresentação agressiva e predominantemente óssea de LDGCB em idade jovem, reforçando a necessidade de elevada suspeição clínica perante clínica sugestiva de sintomas B mesmo na ausência de adenopatias palpáveis. A caracterização imunofenotípica e o estadiamento adequado são fundamentais para orientação terapêutica e estratificação prognóstica. A apresentação com envolvimento ósseo e medular extenso em doentes jovens é incomum e pode dificultar o diagnóstico inicial.

PO 242

EDEMA E DERRAME PLEURAL NUM IDOSO: AMILOIDOSE CARDÍACA POR TRANSTIRRETINA COMO DIAGNÓSTICO

Ana Rita Cordeiro Gomes; Barbara Passos; Paulo Cabages; Jorge Almeida; Inês Ferreira; Ana Oliveira Monteiro
Hospital São João EPE

A amiloidose cardíaca por transtirretina (ATTR) é uma causa subdiagnosticada de insuficiência cardíaca em idosos, podendo manifestar-se por sintomas inespecíficos como dispneia, edema periférico e síndrome constitucional. O diagnóstico exige elevado grau de suspeição clínica e investigação dirigida.

Homem de 87 anos internado para estudo de síndrome constitucional com astenia, dispneia, prurido generalizado e edema generalizado. Apresentava ainda derrame pleural esquerdo. Analiticamente destacava-se hipoalbuminemia (28,3 g/L), anemia normocítica normocrômica, eosinofilia (valor absoluto <1000 células/microlitro), e monocitose. O estudo etiológico revelou

serologias negativas para VIH e VHC, com contacto prévio com VHB. O ecocardiograma transtorácico demonstrou dilatação da aorta ascendente, dilatação biauricular, hipertrofia ligeira do ventrículo esquerdo, doença valvular aórtica moderada com predomínio de insuficiência, doença mitral ligeira e insuficiência tricúspide severa, com função biventricular preservada. A tomografia toraco-abdomino-pélvica não revelou neoplasia. O derrame pleural foi estudado por toracentese diagnóstica, com líquido pleural sero-hemático com características de transudado (doente sob diurético), ADA negativo e citologia com predomínio linfocitário. O estudo hematológico não evidenciou gamapatia monoclonal na eletroforese ou imunofixação. Apesar de cadeias leves livres aumentadas, a razão manteve-se normal. Perante a suspeita de amiloidose, foi realizada cintigrafia cardíaca que confirmou amiloidose cardíaca por transtirretina (ATTR). A biópsia de glândulas salivares não revelou alterações relevantes. Em discussão multidisciplinar com Cardiologia, considerou-se não haver critérios para terapêutica com tafamidis.

A ATTR deve ser considerada em idosos com insuficiência cardíaca de etiologia incerta e alterações sistémicas inespecíficas. A cintigrafia cardíaca tem emergido como método diagnóstico fundamental, permitindo diagnóstico não invasivo na ausência de gamapatia monoclonal. Este caso ilustra a importância de considerar amiloidose cardíaca no diagnóstico diferencial de síndrome constitucional com edema e derrame pleural em idade avançada, permitindo diagnóstico dirigido e adequada estratificação terapêutica.

PO 243

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA DE CÉLULAS T COM APRESENTAÇÃO HEMATOLÓGICA GRAVE

Mafalda Petrucci Presunto¹; Sara Videira Almeida¹; Inês Margarida Brito²; Patrícia Rocha Silva¹; Cristina Rosário¹
¹Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano; ²IPO Porto

Introdução: A leucemia linfocítica de grandes células granulares T (LGL-T) é uma doença linfoproliferativa muito rara, frequentemente associada a citopenias e fenómenos autoimunes. A apresentação clínica pode ser insidiosa, dificultando o diagnóstico atempado.

Caso clínico: Sexo masculino, 63 anos, autónomo, recorre às urgências por quadro constitucional e episódios de tonturas com 3–4 semanas de evolução. Ao exame Objetivo encontrava-se pálido, escleróticas subictéricas, esplenomegalia palpável e ligeiro edema dos membros inferiores, mantendo estabilidade hemodinâmica e apirexia. Analiticamente destacava-se anemia grave (Hb 3,4g/dL), hiperbilirrubinemia indireta mas haptoglobina normal e neutropenia. A TC abdominal revelou esplenomegalia marcada (~20 cm). O estudo de autoimunidade e serologias infecciosas foram negativos. Foi internado por suspeita de doença he-

matológica, tendo iniciado corticoterapia. A biópsia de medula óssea foi sugestiva de doença linfoproliferativa de células T, compatível com LGL-T, imunofenotipagem CD3+, CD8+/CD4-/+. Iniciou tratamento com ciclofosfamida. Sem clínica sugestiva de doença autoimune (nomeadamente artrite reumatoide) muitas vezes associada a este diagnóstico. Iniciou tratamento com ciclofosfamida por aplasia eritroide pura. A evolução foi marcada por recuperação dos valores de anemia, com independência transfusional, mas agravamento da neutropenia responsiva a filgrastim e posterior trombocitopenia, motivando redução da imunossupressão. Verificou-se, contudo, agravamento subsequente da anemia, com necessidade de intensificação terapêutica. Posteriormente, o esquema foi alterado para rituximab, face ao agravamento da trombocitopenia e dificuldades na gestão terapêutica.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação grave e complexa de LGL-T, caracterizada por citopenias múltiplas e curso clínico flutuante. O reconhecimento precoce e uma abordagem terapêutica individualizada são essenciais para o controlo da doença e das suas complicações hematológicas.

PO 244

HEMATÚRIA DE ORIGEM TROPICAL – UM CASO DE ESQUISTOSSOMÍASE

Carolina Morgado; Carla Carneiro; Ana Pedro Pereira; Alexandre Castro Lopes; Joana Pereira De Melo; Rita Sousa Figueira

ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

A esquistossomíase é uma parasitose endémica em várias regiões tropicais e subtropicais, sendo mais comumente causada pelo *Schistosoma haematobium*. Estima-se que existam mais de 100 milhões de pessoas infetadas globalmente. Esta é adquirida através do contacto com água doce contaminada. Na fase aguda, pode manifestar-se como dermatite transitória e pruriginosa no local de penetração das cercarias; semanas mais tarde, pode surgir febre, mal-estar, mialgias, tosse, urticária e linfadenopatias. A longo prazo, os ovos depositados na parede vesical e do restante trato urinário, desencadeiam inflamação granulomatosa e fibrose, surgindo hematúria terminal, disúria, polaquiúria e dor suprapúbica e/ou lombar.

Homem de 20 anos, natural de Angola, a residir em Portugal há seis meses. Sem antecedentes médicos ou cirúrgicos conhecidos e sem medicação crónica. Recorreu ao SU por disúria com vários meses de evolução, tendo cumprido dois ciclos de antibióterapia, sem melhoria. Associadamente, com dor lombar e hematúria macroscópica desde há uma semana.

À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável e apirético, com hematúria macroscópica, sem outras alterações. Analiticamente, destaca-se eosinofilia periférica ($4.31 \times 10^9/L$), exame sumário de urina

com numerosos leucocitúria, eritrocitúria e proteinúria. A urocultura foi negativa. Para melhor esclarecimento, colheu parasitológico de urina, que revelou presença de ovos de *Schistosoma haematobium*.

Ecograficamente, apresentava espessamento difuso da parede vesical, com aspecto pseudonodular.

Assim sendo, foi definido diagnóstico de Esquistossomíase crónica por *Schistosoma haematobium*, tendo tido alta medicado com Praziquantel na dose de 3200 mg, com indicação de repetir às 6 semanas.

O tratamento da esquistossomíase urinária crónica baseia-se na administração de praziquantel, sendo este agente altamente eficaz na erradicação do parasita e na prevenção de complicações. A identificação rápida e o início do tratamento de forma célere são essenciais para evitar complicações, como evolução para doença renal crónica ou carcinoma da bexiga. A sensibilização para a doença e o controlo epidemiológico são os pilares para reduzir a prevalência da doença e o seu impacto a nível global.

PO 245

TOXICIDADE POR METADONA NO CONTROLO DE DOR ONCOLÓGICA REFRACTÁRIA

Maria Lima Costa; Joana C. Monteiro; Álvaro José Silva; Margarida Silva Cruz; Teresa Dias Moreira; Maria Paula Silva
IPO Porto

Introdução: A metadona é um opioide sintético utilizado no tratamento da dor crónica e da dor oncológica refractária, particularmente quando existe resposta insuficiente a outros opioides. Apesar da sua eficácia, apresenta farmacocinética complexa, longa semi-vida e múltiplas interações farmacológicas, podendo ocorrer acumulação e toxicidade, sobretudo em doentes com doença avançada.

Caso clínico: Homem de 51 anos, com carcinoma epidermóide da orofaringe HPV negativo, estágio cT-3N0M0, previamente tratado com radioquimioterapia radical. Em 2023 apresentou recidiva loco-regional e foi integrado em Cuidados Paliativos por dor refractária a fentanilo transdérmico 200 mcg/h e pregabalina 300 mg/dia. Foi proposto internamento para otimização do controlo algico com rotação opioide para metadona e tratamento de celulite hemifacial direita com clindamicina.

Durante o internamento desenvolveu dispneia súbita associada a instabilidade hemodinâmica. A suspeita clínica de pneumotórax hipertensivo, posteriormente confirmada imagiologicamente, motivou toracocentese emergente com estabilização clínica.

Ao décimo dia de internamento apresentou depressão do estado de consciência. A tomografia crânio-encefálica excluiu patologia aguda, colocando-se a hipótese de toxicidade opióide. Foi administrada naloxona em bólus sequenciais, totalizando 3 mg, com reversão rápida do estado de consciência.

Discussão: Este caso ilustra a utilidade da metadona no controlo da dor oncológica refratária, mas evidencia os riscos associados à sua longa semi-vida, variabilidade metabólica e potenciais interações farmacológicas. Em contexto de doença avançada e intercorrências infecciosas pode ocorrer acumulação do fármaco e depressão do sistema nervoso central. A vigilância clínica rigorosa e o reconhecimento precoce de sinais de toxicidade são essenciais para garantir a utilização segura deste fármaco.

PO 246

SÍNDROME CONSTITUCIONAL PROLONGADO – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES

Carolina Morgado; Carla Carneiro; Ana Paiva Santos; Rita Sousa Figueira; Joana Pereira De Melo; Alexandre Castro Lopes; Ana Pedro Pereira

ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

A presença de sintomas constitucionais é um motivo habitual de recorrência a cuidados de saúde e de internamento hospitalar. Estes podem ser atribuídos a diversas etiologias, como neoplasia, infeção ou patologia autoinflamatória. A marcha diagnóstica, nesta doente, constitui um desafio clínico.

Mulher de 59 anos com antecedentes de DM tipo 2, dislipidemia e tabagismo, recorreu ao SU por astenia, anorexia, febre vespertina, hipersudorese noturna e perda ponderal de 14% do peso corporal em 6 semanas.

A admissão, apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética e emagrecida; sem alterações na auscultação cardiopulmonar. Analiticamente, Hb 9,9 g/dL, VS 101 mm/hora e PCR 10 mg/dL.

Durante internamento, foi, inicialmente, excluído processo infeccioso ativo com radiografia de tórax, ecocardiograma e ecografia abdominal sem alterações. Colheu hemoculturas, baciloscopias e bacteriológicos de urina e expetoração que foram, também, negativos, bem como as serologias víricas.

Para exclusão de neoplasia, realizou TAC toracoabdominopélvica e estudos endoscópicos alto e baixo, ecografia mamária e tiroideia e mamografia, que não demonstraram alterações de relevo. Também foi realizado medulograma, apenas com alterações compatíveis com processo reativo.

Foi ainda avaliada por Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia e Dermatologia sem registo de alterações. Durante o internamento, manteve febre vespertina e sudorese noturna, pelo que realizou PET, com documentação de vasculite em atividade a nível das paredes de grandes/médios vasos, com destaque para aorta torácica e artérias subclávias.

Assim, foi feito diagnóstico de Arterite de Células Gigantes, tendo a doente iniciado corticoterapia, evoluindo com melhoria clínica e analítica, tendo tido alta orientada para Consulta Externa, onde iniciou terapêu-

tica com Tocilizumab, encontrando-se, neste momento, assintomática.

A Arterite de Células Gigantes é a vasculite mais comum no adulto. A presença de claudicação da mandíbula, perda súbita de visão e cefaleia temporal são sintomas habituais, mas não necessários para o diagnóstico. O tratamento deve ser iniciado de imediato, sendo a primeira linha a corticoterapia. Em doentes com elevado risco de complicações, deve ser ponderada terapêutica com fármaco poupador de corticóide, como o Tocilizumab.

PO 247

CID SECUNDÁRIA A COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

Maria Lima Costa; Margarida Silva Cruz; Joana C. Monteiro; Sara Ferreira; Maria Paula Silva

IPO Porto

Introdução: A infeção por *Clostridioides difficile* é causa major de diarreia associada a cuidados de saúde, mais frequente e grave em doentes oncológicos, sobretudo sob antibioterapia ou imunossupressão. Formas fulminantes podem evoluir para megacólon tóxico, sépsis e falência multissistémica. A coagulação intravascular disseminada (CID), embora rara, é grave, combinando hemorragia e trombozes. Em doentes com neoplasia metastizada, a interação entre inflamação sistémica, estado pró-trombótico tumoral e infeção grave potencia desfechos catastróficos.

Caso clínico: Mulher, 72 anos, adenocarcinoma pulmonar metastizado, sem terapêutica sistémica ativa, em seguimento por cuidados paliativos, admitida por diarreia profusa, dor abdominal e febre após internamento recente. Análises mostraram inflamação sistémica e toxina de *C. difficile* positiva. Iniciou vancomicina oral, associando metronidazol por ausência de melhoria. Colonoscopia com biópsia evidenciou colite pseudomembranosa severa, motivando alteração para fidaxomicina. Evoluiu com retorragias abundantes, necessidade de transfusões e coagulopatia (trombocitopenia, TP/TTPa prolongados, hipofibrinogenemia, dímeros-D elevados), compatível com CID, e défice neurológico súbito (afasia global, hemianopsia homónima e hemiplegia direita), compatível com AVC. Perante prognóstico reservado e falência multissistémica, privilegiou-se controlo sintomático, ocorrendo óbito dias depois.

Discussão: O caso evidencia a gravidade da colite pseudomembranosa em doentes oncológicos e a interação entre infeção sistémica e estado pró-trombótico tumoral. A CID traduz falência hemostática, com hemorragia e trombozes simultâneas. Em doença metastizada e deterioração multissistémica, definir cedo Objetivos de cuidado é essencial. A integração de cuidados paliativos centrou a abordagem no conforto e dignidade em fim de vida, perante mortalidade elevada.

PO 248

POLISSEROSITE E BICITOPENIA COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA AUTOIMUNE SISTÊMICA

Isabel Gonçalves Moreira; Miguel Ângelo Ramos;
João Queirós Mascarenhas; Marta Brito Alves;
Inês Albuquerque

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A doença autoimune consiste numa falha nos mecanismos de tolerância imunológica, que conduz à produção aberrante de anticorpos e resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais como infeções, agentes químicos e alterações epigenéticas. As manifestações clínicas podem ser diversas o que torna a sua marcha diagnóstica complexa.

Caso clínico: Homem, 86 anos, com antecedente pessoal de doença renal crónica G5A3 sob diálise regular. Com história de 3 anos de evolução de derrame pleural esquerdo classificado como exsudato, atelectasia pulmonar e derrame pericárdico de etiologia não esclarecida, com tentativa de pericardiocentese sem sucesso. Encaminhado da sessão de diálise por hipotensão, prostração e sensação de lipotímia. Ainda, com lesões cutâneas em placa, não pruriginosas e hiperpigmentadas, no tronco, e dor neuropática dos membros inferiores. Por suspeita de derrame pericárdico a condicionar intolerância à diálise fez tomografia computadorizada torácica e ecocardiograma que mostraram derrame pleural mantido e pericárdio com fina lâmina, sem tamponamento ou sinais indiretos de pericardite constritiva. Analiticamente apresentava elevação moderada de PCR e bicitopenia (anemia macrocítica e trombocitopenia), tendo sido excluídos o défice de ácido fólico e vitamina B12, a disfunção tiroideia e o consumo atual de álcool. Pela ausência de distúrbios de coagulação ou hiperesplenismo foi afastada a hipótese de cirrose hepática. Todos estes achados conduziram à suspeita de doença inflamatória sistêmica. O estudo autoimune mostrou VS 123 mm/hora, ANA 1/640 (em 2022: 1/1000), AC 4/5/31 com padrão mosqueado com metáfases negativas, antiSM e nRNP/SM positivos, com restante estudo autoimne negativo. O doseamento de UBA1 foi negativo. Foi excluído o diagnóstico de tuberculose e iniciada corticoterapia, com melhoria do estado geral, do perfil tensional e da tolerância à diálise. Apresentou uma descida sustentada da PCR e da bicitopenia. O doente teve alta com corticoterapia e foi orientado para a consulta de doenças autoimunes.

Discussão: Este caso tem como Objetivo refletir sobre a marcha diagnóstica e a importância de um elevado grau de suspeição de doença autoimune num doente com polisserosite e alterações das linhagens celulares sugestivas de síndrome mielodisplásica.

PO 249

O DILEMA HEMORRÁGICO

Mariana Henriques Ribeiro; Ana Rita Paulos; Anabela Raimundo;
Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A hemoptise define-se como hemorragia proveniente do trato respiratório inferior. Dependendo do débito de hemorragia pode ser uma emergência médica. A aferição clínica entre hemoptise e hemateme-se pode ser difícil, quando a apresentação não é típica. A identificação atempada da origem da hemorragia é fundamental para orientação e abordagem terapêutica, destacando-se o papel da radiologia de intervenção minimamente invasiva no controlo da hemoptise.

Caso clínico: Mulher de 55 anos, com antecedentes de síndrome de Budd-Chiari crónica, a aguardar transplante hepático, e bronquiectasias, recorre ao serviço de urgência por episódios de vômitos de sangue digerido desde há 2 dias. Negou outros sintomas associados. Normotensa e normocárdica, sem alterações relevantes ao exame Objetivo. Analiticamente, anemia normocítica/normocrômica (Hb 11.7 g/dL) e ureia elevada (50 mg/dL). Realizou endoscopia digestiva alta, que não revelou alterações.

Realizou tomografia computadorizada torácica com contraste que revelou preenchimento endoluminal/oblitração do brônquio lobar inferior direito a nível proximal, coexistindo na mesma área uma densificação e captação heterogénea de contraste.

Por suspeita imagiológica de hemorragia com ponto de partida pulmonar, realizou broncofibroscopia que revelou oclusão da pirâmide basal com coágulo (do segmento para-cardíaco (B7). Foi aspirado com sucesso e assumiu-se como provável fonte hemorrágica.

A doente foi submetida a embolização das artérias brônquicas direitas superior e inferior, pela radiologia de intervenção, fez ácido aminocapróico, verificando-se resolução do quadro clínico e imagiológico.

Discussão: Este caso clínico destaca a dificuldade do diagnóstico diferencial entre hemorragia com origem no tubo digestivo vs. origem na árvore respiratória. Adicionalmente destaca a importância crescente das técnicas de radiologia de intervenção na terapêutica da hemoptise.

PO 250

HIPOXÉMIA REFRACTÁRIA: UM SÍNDROME DE EISENMENGER NA SEXTA DÉCADA DE VIDA

Elisa Caldeira; Matilde Ferreira; Teresa Maria Silva;
Carolina Freitas Henriques; Dúlio Teixeira Passos;
Gonçalo Faro Silva

SESARAM

Introdução: A Síndrome de Eisenmenger (SE) é o fenótipo mais avançado da hipertensão arterial pulmonar associada a cardiopatias congénitas, resultando da inversão de um shunt esquerdo-direito. Embora o diag-

nóstico seja tipicamente em jovens adultos, os shunts pré-tricúspide - como a comunicação interauricular (CIA) - podem evoluir de forma insidiosa, permitindo a sua deteção em idades mais avançadas.

Caso clínico: Mulher, 64 anos, fumadora, com doença pulmonar obstrutiva crónica e trombose venosa profunda há 4 meses, medicada com rivaroxabano 15mg. Apresentava quadro com 3 meses de evolução e de agravamento progressivo de cianose das extremidades, dispneia e cansaço para pequenos esforços associado a anorexia, perda ponderal e declínio funcional após infeção por Sars-Cov-2. Objetivamente com baqueteamento digital, cianose e hipoxémia grave (SpO₂ 64% - FiO₂ 21%). Laboratorialmente eritrocitose (Hb 20.4g/dL; Ht 62%) e NT pro BNP 8311 pg/mL. A angio-tomografia computadorizada torácica revelou tromboembolia pulmonar lobar esquerda. O ecocardiograma transtorácico com contraste e transesofágico confirmaram uma CIA com shunt direito-esquerdo, estabelecendo o diagnóstico de SE. Foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos, iniciando Oxigenioterapia Nasal de Alto Fluxo, enoxaparina 60mg 12/12h e bosentano 125mg 12/12h, com melhoria sintomática parcial e sem indicação cirúrgica por hipertensão pulmonar grave.

Discussão: A SE combina risco hemorrágico - pela fragilidade vascular e defeitos de coagulação - com risco trombótico decorrente da eritrocitose e da estase, o que torna a sua gestão desafiante. Este caso reforça a importância de considerar shunt direito-esquerdo em adultos com hipoxémia refratária, após exclusão de causas mais comuns, sobretudo quando o diagnóstico ocorrer tardiamente, refletindo a evolução silenciosa dos shunts pré-tricúspide.

PO 251

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT: DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO NUMA OFTALMOPLÉGIA DOLOROSA EM DOENTE DIABÉTICO

Eduardo Santa; Susana Carvalho; Inês Silva; Ana Tenreiro
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Homem de 60 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de longa evolução, retinopatia diabética, hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência por dor retro-orbitária esquerda associada a visão turva e diplopia com cerca de 10 dias de evolução. À observação apresentava ptose palpebral esquerda, exotropia e limitação da adução, supradução e infradução do olho esquerdo, compatível com parésia completa do III par craniano com envolvimento pupilar. Perante este quadro, foi inicialmente colocada a hipótese de evento vascular do tronco cerebral, tendo sido realizado estudo imagiológico urgente. A TC crânio-encefálica e angio-TC não evidenciaram lesões isquémicas agudas, hemorragia ou alterações aneurismáticas. O doente foi internado em Unidade de AVC para investigação adicional. A ressonância magnética

cerebral revelou apenas microangiopatia crónica. Face à persistência da oftalmoplegia dolorosa, foi prosseguido o estudo etiológico. O estudo laboratorial excluiu etiologias infecciosas e autoimunes, incluindo doença tiroideia, sarcoidose e infeção tuberculosa.

A RM das órbitas mostrou espessamento e realce do seio cavernoso esquerdo, com extensão inferior dural à vertente medial da fossa temporal adjacente, sem segura extensão ao ápex orbitário - aspectos em possível relação com alterações inflamatórias no contexto de síndrome de Tolosa-Hunt. Após discussão multidisciplinar com Neuro-oftalmologia, foi aceite a hipótese de síndrome de Tolosa-Hunt, entidade inflamatória rara caracterizada por oftalmoplegia dolorosa associada a inflamação granulomatosa do seio cavernoso ou fissura orbitária superior. Foi iniciada corticoterapia sistémica em dose imunossupressora (prednisolona 1 mg/kg/dia), observando-se melhoria clínica progressiva da dor e da diplopia, reforçando o diagnóstico provável. O caso ilustra os desafios diagnósticos da oftalmoplegia dolorosa, salientando a importância de uma abordagem sistemática para exclusão de causas vasculares, infecciosas, tumorais e inflamatórias. A resposta favorável à corticoterapia constitui elemento chave de suporte diagnóstico no síndrome de Tolosa-Hunt, especialmente na ausência de alterações imagiológicas características.

PO 252

DERMATOSE NEUTROFÍLICA COMO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

André Abreu; Daniela Soares Santos; Patrícia Dias; Arsénio Santos
ULS Coimbra - CHUC

Introdução: A endocardite infecciosa pode apresentar manifestações extracardíacas inespecíficas. As manifestações cutâneas constituem, por vezes, sinais de alerta clínicos, podendo mimetizar doenças inflamatórias ou autoimunes sistémicas e, assim, atrasar o diagnóstico.

Caso clínico: Homem, 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2, observado por lesões purpúricas nos membros inferiores com 4 meses de evolução, associadas a cansaço para médios esforços. Por suspeita de vasculite de pequenos vasos, encontrava-se em seguimento na Dermatologia. Realizou biópsia cutânea que revelou infiltrado dérmico predominantemente neutrofílico, sem evidência de vasculite, compatível com dermatose neutrofílica, tendo sido medicado com colchicina. Por agravamento clínico com persistência do *rash* cutâneo e febre com 2 semanas ficou internado. Documentaram-se hemoculturas positivas para *Enterococcus faecalis* e no ecocardiograma transtorácico uma vegetação móvel com 17×3mm na válvula aórtica, confirmando o diagnóstico de endocardite infecciosa subaguda. Ao 12º dia

de antibioterapia dirigida, iniciou afasia e hemiparésia direita, tendo a TC crânio-encefálica revelado hemorragia parenquimatosa temporal esquerda associada a hemorragia subaracnoideia, bem como foco isquémico frontal esquerdo e múltiplos focos microhemorrágicos esquerdos, sugestivos de embolia séptica. O doente foi submetido a drenagem cirúrgica. Cumpriu antibioterapia dirigida por 6 semanas com melhoria clínica e posterior transferência para cuidados de reabilitação.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de endocardite infecciosa subaguda sob a forma de dermatose neutrofílica. Perante a presença de púrpura ou dermatose neutrofílica, é fundamental excluir a etiologia infecciosa antes da instituição de terapêutica imunossupressora. Este caso destaca a importância de considerar etiologia infecciosa perante púrpura ou dermatoses neutrofílicas, evitando atrasos diagnósticos e potenciais complicações graves.

PO 253

SÍNDROME PARANEOPLÁSICA POLIMIALGIA REUMÁTICA-LIKE: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA RENAL

Elisa Caldeira; Carolina Freitas Henriques; Miriam Capelo; Maria Da Luz Brazão; Teresa Faria
SESARAM

Introdução: As síndromes paraneoplásicas correspondem a consequências sistémicas de neoplasias malignas sem que haja invasão direta. A polimialgia reumática (PMR) é uma doença inflamatória comum em idosos, embora a sua apresentação como síndrome paraneoplásica (PMR-like) seja escassa na literatura. Este caso expõe a importância de reconhecer manifestações reumatológicas atípicas como sinais de recidiva de uma neoplasia oculta, permitindo um diagnóstico precoce e gestão adequada.

Caso clínico: Homem de 78 anos, hipertenso e diabético, submetido a nefrectomia direita em 2014 por neoplasia renal. Admitido no serviço de urgência por mialgias, astenia, febre e dorsolombalgia inflamatória com 2 dias de evolução. Analiticamente a destacar uma proteína C reativa (PCR) de 228mg/dL, sem leucocitose. Durante o internamento, houve evolução da dor para cervicalgia e rigidez matinal da cintura escapular. O estudo etiológico, incluindo infeccioso e autoimune, foi negativo. A tomografia computadorizada revelou derrame pericárdico e pleural bilateral, e um nódulo pulmonar de 14mm. Por suspeita de PMR, iniciou prednisolona com melhoria analítica (descida da PCR para 19mg/dL), embora sem resolução completa da sintomatologia. Dada a resposta parcial à corticoterapia e os achados atípicos de serosite juntamente com o nódulo de novo, realizou-se biópsia pulmonar que confirmou metástase de carcinoma de células renais.

Discussão: Na presença de características atípicas como início agudo com febre, envolvimento axial/dor-

solombar, serosite e, sobretudo, ausência de resposta completa à corticoterapia, a PMR-like deve ser considerada. Este caso reforça a importância do reconhecimento de quadros reumatológicos inespecíficos em doentes com antecedentes oncológicos, exigindo um elevado índice de suspeição para processos paraneoplásicos, onde o sucesso terapêutico vai depender do controlo da doença de base.

PO 254

MIOPATIA INFLAMATÓRIA COM DISFAGIA GRAVE E BACTERIÉMIA EM DOENTE COM DOENÇA DE DARIER

Cláudia Abreu De Jesus; Bárbara Silva; Pedro Guerreiro; Desirée Farinha; Carolina Gomes; João Barroso; Eugénia Simões; Nuno Sousa; Filipe Filipe; Luís Cuña
Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo

As miopatias inflamatórias constituem um grupo heterogéneo de doenças autoimunes caracterizadas por fraqueza muscular proximal e elevação de enzimas musculares, podendo associar-se a manifestações sistémicas e envolvimento miopático bulbar. A associação com doenças cutâneas genéticas como a Doença de Darier é rara e pode dificultar a interpretação das manifestações dermatológicas e predispor a complicações infecciosas.

Mulher de 40 anos com antecedentes de Doença de Darier e tromboembolismo pulmonar há um mês, internada por disfagia progressiva para sólidos e líquidos com cerca de dois meses de evolução, associada a rigidez e limitação funcional proximal dos membros superiores e pescoço e exantema maculopapular cutâneo dorsal. Analiticamente apresentava rabdomiólise marcada (CK 13040 U/L). O estudo autoimune revelou positividade para anticorpos anti-Mi-2 (+++), anti-Jo-1 (++) ANAs (1/320) e anti-dsDNA (37.0 UI/mL), levantando a hipótese de miopatia inflamatória, nomeadamente dermatomiosite. Iniciou terapêutica imunomoduladora com prednisolona, imunoglobulina endovenosa (2 g/kg) e pulsos de metilprednisolona, mostrando-se clinicamente refratária. Durante o internamento desenvolveu bacteriemia a MSSA associada a flebite e, posteriormente, a *Pseudomonas aeruginosa* em contexto de sobreinfecção bacteriana das lesões cutâneas, tendo sido instituída antibioterapia dirigida. Durante o internamento foi excluída associação paraneoplásica.

Este caso ilustra uma apresentação grave de miopatia inflamatória com envolvimento miopático bulbar e complicações infecciosas relevantes em contexto de imunossupressão e doença cutânea prévia. Destaca-se a importância da abordagem multidisciplinar, da vigilância de infeções e da investigação sistemática de neoplasia associada. A Doença de Darier poderá ter contribuído para a maior envolvimento cutâneo e muscular, bem como para a complexidade diagnóstica do caso.

PO 255

POLIARTRITE INFLAMATÓRIA PARANEOPLÁSICA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS

Yevhen Vinnichenko; Sofia Figueiró; Andre Abreu;
Telma Alves; Patrícia Dias; Arsenio Santos

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: As síndromes paraneoplásicas reumatológicas são manifestações inflamatórias não metastáticas associadas a neoplasias sólidas, podendo preceder ou indicar atividade tumoral. A poliartrite paraneoplásica é rara e subdiagnosticada, geralmente seronegativa, de apresentação atípica e resposta variável à terapêutica convencional, representando um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher, 69 anos, autónoma, com adenocarcinoma da cauda do pâncreas, submetida a esplenopancreatectomia corpo-caudal (pT2N1 R1) e quimioterapia adjuvante, em vigilância. Internada por pneumonia adquirida na comunidade por *Streptococcus pneumoniae*, com boa resposta à antibioterapia. Durante o internamento surgiu monoartrite tibiotársica direita, evoluindo posteriormente com dor lombar, sacroilíaca, gonalgia e omalgia de carácter inflamatório e migratório, com limitação funcional e elevação da PCR e VS, sendo que apenas a tibiotársica apresentava sinais Objetivos de artrite. Foram administrados AINEs sem melhoria clínica. Do estudo complementar, a ecografia articular do tornozelo direito mostrou sinovite ativa, o estudo autoimune foi negativo, TC coluna sem lesões metastáticas e PET-CT com captação inflamatória poliarticular exuberante e foco hipermetabólico na margem de ressecção pancreática. Assumido quadro de poliartrite paraneoplásica, foi iniciada prednisolona 20 mg/dia, com melhoria clínica progressiva. Perante o achado imagiológico, encontra-se em curso avaliação oncológica por suspeita de recidiva tumoral. De referir, que aquando do diagnóstico da neoplasia, a doente apresentou quadro semelhante de poliartralgias.

Discussão: A poliartrite de início recente em doente oncológico exige exclusão sistemática de infeção, deposição cristalina, doença autoimune e metastização. A assimetria, seronegatividade, padrão inflamatório difuso na PET e suspeita de atividade tumoral favoreceram etiologia paraneoplásica. A resposta à corticoterapia foi concordante. O caso reforça a importância de investigação dirigida e de abordagem multidisciplinar.

PO 256

DE CORPO ESTRANHO A CHOQUE SÉPTICO: UMA APRESENTAÇÃO GRAVE DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA

Ana Carina Coutinho Baldino Brás; Patrícia Serpa Soares;
Pedro Costa; Daria Bem

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A perfuração esofágica é uma entidade rara, potencialmente fatal, associada a elevada morbimortalidade. O prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoces. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica, podendo manifestar-se por disfagia, odinofagia, toracalgia, dispneia, febre, insuficiência respiratória aguda ou choque séptico de etiologia inicialmente não esclarecida, constituindo um importante desafio diagnóstico em contexto de urgência.

Caso clínico: Homem de 57 anos, com antecedentes de esquizofrenia e etanolismo crónico, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia pleurítica, dispneia e febre com 24 horas de evolução. À admissão apresentava hipotensão, taquicardia, hipoxémia e alteração do estado de consciência, associadas a acidose metabólica e hiperlactacidémia marcada. Analiticamente destacava-se leucopenia e elevação da proteína C reativa. A tomografia toracoabdominopélvica revelou dilatação esofágica contendo corpo estranho metálico (moeda), previamente identificado um mês antes, mas não removido após abandono do Serviço de Urgência, associada a empiema direito e mediastinite, com suspeita de fístula esófago-pleural. O estudo contrastado confirmou rotura esofágica supradiaphragmática com extravasamento para a cavidade pleural. O doente iniciou ventilação mecânica invasiva, suporte vasopressor, antibioterapia de largo espectro e terapêutica antifúngica, com colocação de dreno torácico à direita, com saída de conteúdo compatível com suco gástrico. Foi submetido a toracotomia direita com esofagostomia cervical, exclusão distal do esófago e construção de jejunostomia de alimentação e gastrostomia de derivação, realizando posteriormente gastrostomia percutânea.

Os exames culturais identificaram *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* e *Candida albicans* no líquido pleural, com bacteriemia secundária a *Klebsiella pneumoniae*. Evoluiu com melhoria clínica progressiva, tendo alta para unidade de reabilitação.

Discussão: Este caso evidencia uma causa incomum de choque séptico e o impacto da retenção prolongada de corpo estranho esofágico e perda de seguimento clínico. A ausência de melhoria clínica deve motivar reavaliação diagnóstica precoce e controlo urgente do foco infeccioso, determinantes críticos de sobrevivência.

PO 257

ICTERÍCIA PERSISTENTE APÓS DRENAGEM BILIAR EM ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO: POSSÍVEL PARANEPLASIA

Isabela Duarte E Souza; Maria Clara Rosa; Alexandra Raquel Miranda Gaspar; Patrícia Carneiro; Joana Póvoa; Filipa Macedo; Inês Oliveira

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: A icterícia obstrutiva é uma manifestação frequente do adenocarcinoma da cabeça do pâncreas. Contudo, a persistência de hiperbilirrubinémia após drenagem biliar adequada pode sugerir mecanismos alternativos, incluindo fenómenos paraneoplásicos. Apresenta-se um caso clínico que ilustra complicações sistémicas associadas a adenocarcinoma pancreático.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, apresentou colúria, icterícia, prurido e hiperglicemia recente. Analiticamente destacava-se bilirrubina total de 9,65 mg/dL com padrão colestático, incluindo elevação das aminotransferases e das enzimas canaliculares. A ecografia abdominal revelou lesões nodulares pancreáticas.

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com colocação de prótese biliar proporcionou melhoria inicial da icterícia. A ecoendoscopia com biópsia confirmou adenocarcinoma da cabeça do pâncreas. O estadiamento imagiológico classificou a lesão como T2N0M0, com ressecabilidade borderline por afilamento da veia mesentérica superior. O marcador tumoral CA 19-9 encontrava-se elevado.

Antes do início de quimioterapia neoadjuvante persistia hiperbilirrubinémia, apesar da substituição da prótese biliar.

Posteriormente apresentou movimentos involuntários e hemiparesia esquerda compatível com parésia pós-ictal (parésia de Todd), seguidos de crise convulsiva generalizada. Durante o internamento verificou-se elevação de troponinas e alterações eletrocardiográficas; o cateterismo cardíaco excluiu doença coronária significativa, estabelecendo-se diagnóstico de síndrome de Takotsubo.

Após alta hospitalar regressou ao serviço de urgência por vômitos e prostração, evidenciando ascite volumosa e trombose da veia porta. A evolução foi rapidamente desfavorável, com desfecho fatal.

Discussão: Este caso destaca a complexidade clínica do adenocarcinoma pancreático e a possibilidade de manifestações sistémicas além da obstrução biliar. A persistência de hiperbilirrubinémia após drenagem adequada pode refletir fenómenos paraneoplásicos ou inflamatórios associados ao tumor. A ocorrência de trombose portal e síndrome de Takotsubo ilustra ainda o impacto sistémico da doença. Apesar do estadiamento inicial aparentemente localizado, verificou-se evolução agressiva.

PO 258

DO CHOQUE CARDIOGÉNICO AO FEOCROMOCITOMA: UMA CAUSA DE MIOCARDIOPATIA REVERSÍVEL

Ana Luísa Maceda Rodrigues; Ana Cristina Peixoto; Margarida Miguel Paraíso; Tiago Valente; Mariana Lobo; Pedro Rodrigues; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde São João

Introdução: O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro das células cromafins da medula suprarrenal. Caracteriza-se pela tríade de cefaleias, sudorese e palpitações associadas a hipertensão arterial (HTA) paroxística. Contudo, pode manifestar-se de forma atípica e potencialmente fatal, através de miocardiopatia induzida por catecolaminas ou choque cardiogénico.

Caso clínico: Homem de 59 anos, com antecedentes de HTA, dislipidemia, diabetes mellitus e síndrome de apneia obstrutiva do sono. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica retroesternal súbita associada a dispneia, náuseas e vômitos. O eletrocardiograma revelou ondas Q em V1–V2 e infra-desnívelamento do segmento ST inferolateral e o ecocardiograma evidenciou disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo com hipocinésia global. Foi realizado cateterismo cardíaco emergente, que não revelou doença coronária.

O doente evoluiu em choque cardiogénico, com necessidade de suporte inotrópico e vasopressor e, por choque refratário, foi instituído suporte circulatório mecânico com ECMO venoarterial. À admissão na Unidade de Cuidados Intensivos apresentou episódio de hipertensão associado a taquicardia, refratário à otimização da sedoanalgesia e terapêutica vasodilatadora, controlado apenas após administração repetida de labetalol. Perante suspeita diagnóstica de miocardite versus feocromocitoma, foi iniciada investigação etiológica. O doseamento urinário de 24h revelou elevação marcada de catecolaminas e metanefrinas (3-4 vezes o limite superior do normal). A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica identificou uma massa de 62×57 mm na suprarrenal esquerda, sugestiva de feocromocitoma. Foi iniciado bloqueio alfa-adrenérgico com fenoxibenzamina, seguido de bloqueio beta após estabilização clínica. O doente foi posteriormente submetido a adrenalectomia esquerda laparoscópica, sem intercorrências.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação rara de feocromocitoma em choque cardiogénico, inicialmente simulando síndrome coronária aguda. Salienta-se a importância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial de miocardiopatia aguda e choque cardiogénico na ausência de doença coronária significativa, dado tratar-se de uma causa potencialmente reversível após tratamento dirigido.

PO 259

QUANDO O TUMOR EMBOLIZA: NEOPLASIA COMO ETIOLOGIA DE AVC ISQUÊMICO MÚLTIPLO

Joana Patrício Crisóstomo; Joana Moniz; Bruna Cordeiro; Mauro Marques; Adriana Bandeira; Renato Saraiva
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal. A embolia é a causa mais frequente de AVC isquémico, podendo manifestar-se com sintomas intermitentes e flutuantes, sendo a origem cardíaca a principal responsável.

Relatamos o caso de um doente de 71 anos, autónomo, com homozigotia do PAI-1, que recorreu ao Serviço de Urgência por tonturas, desequilíbrio e história de queda há dois meses. Ao exame, apresentava fraqueza no membro superior direito, ligeira dismetria, prova de Romberg positiva e marcha instável.

A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica evidenciou lesão hiperdensa perto do cerebelo, ficando internado no Serviço de Neurologia. A ressonância magnética (RM) revelou múltiplas lesões vasculares subagudas e crónicas em territórios distintos, confirmando a lesão previamente identificada.

Suspeitando-se fonte embólica, o ecocardiograma transtorácico identificou forame oval patente e massa intracardíaca. E a RM cardíaca descreveu lesão infiltrativa na aurícula e ventrículo direitos, com projeções endocavitárias, e uma lesão subcutânea dorsal. A TC tóraco-abdomino-pélvica levanta a suspeita de provável lipossarcoma, adenopatias retrocrurais e fratura patológica do úmero.

O doente é transferido para Medicina Interna e, por agravamento do estado geral, a investigação é suspensa e acaba por falecer ao 19.º dia de internamento, com acompanhamento de cardiologia, oncologia e cuidados paliativos.

Os sarcomas são neoplasias malignas raras em adultos ($\approx 1\%$), sendo o lipossarcoma o subtipo mais frequente (13–20%), originado no tecido adiposo, predominantemente no retroperitонеu e membros inferiores, podendo metastizar para pulmão, fígado e tecidos moles. Este caso é relevante pela rara localização de lipossarcoma com metastização cardíaca e embolização sistémica, resultando em múltiplos AVCs isquémicos. Evidencia o desafio diagnóstico e a complexidade terapêutica, tal como a importância de uma equipa multidisciplinar.

PO 260

DOR ONCOLÓGICA REFRETÁRIA: A COMPLEXIDADE TERAPÊUTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Margarida Midões¹; André Maia²; Pedro Dias Salvador²; Ricardo Gonçalves Fernandes²; Ana Corte-Real¹

¹*Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE;*

²*ULS Gaia Espinho*

Introdução: A dor oncológica complexa é um grande desafio na prática clínica, não só pela exigência na abordagem dos mecanismos subjacentes, mas também pela “Dor Total” que reside no doente. Como tal, a abordagem individualizada e multidisciplinar é essencial.

Caso clínico: Mulher de 36 anos, com Linfoma de Hodgkin e Adenocarcinoma do pulmão estadio IV, com metastização e derrame pleural (portadora de dreno torácico de longa duração), óssea e hepática. Internada na Unidade de Cuidados Paliativos por dor refratária, apesar de analgesia com morfina subcutânea 300 mg/dia e resgates frequentes. Apresentava dor torácica e lombar contínua (intensidade 7/10), com exacerbações recorrentes que relacionava com a drenagem pleural. Perante a elevada complexidade do quadro e impacto no seu bem-estar, foi implementada uma estratégia terapêutica escalonada e intensiva.

Instituiu-se perfusão endovenosa de morfina (dose máxima 600 mg/dia), otimização de analgesia fixa com paracetamol, metamizol e diclofenac, bem como utilização de fármacos adjuvantes, como corticoterapia (dexametasona 16 mg/dia), venlafaxina (150 mg/dia) e gabapentinóides (900 mg/dia), além de resgates com fentanilo sublingual, sem benefício significativo. Realizou-se prova de lidocaína intrapleural e, posteriormente, a remoção do dreno torácico, por indicação da Pneumologia, sem melhoria. Dada a falência do controlo sintomático e em articulação com a Unidade de Dor Aguda, foi realizado um boqueio do plano do eretor da espinha, substituído posteriormente por um cateter epidural, também sem resposta relevante. Por conseguinte, iniciou-se perfusão de cetamina, com benefício inicial e alguma redução da carga opioide. No entanto, a progressão da doença levou a novo desconcontro alérgico, falência respiratória e *delirium* hiperativo, tendo sido decidido em equipa o recurso a sedação paliativa contínua, mantendo-se esta até ao óbito.

Discussão: A dor na doença oncológica avançada poderá ser extraordinariamente complexa pela multiplicidade, implicando uma abordagem dinâmica, escalonada e combinada – farmacológica e intervenção. Em situações-limite de refratariedade, a sedação paliativa poderá ser uma alternativa, garantindo a dignidade e conforto.

PO 261

QUANDO NEM TUDO É RECIDIVA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rute Andrade¹; Ana Júlia Pedro²; Teresa Fonseca¹; António Martins Baptista¹; Paula Rocha¹

¹Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ²Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O carcinoma anaplásico da tiroide é uma neoplasia rara e altamente agressiva, associada a elevada mortalidade. Caracteriza-se por um crescimento rápido, invasão local e metastização à distância, frequentemente já presente ao diagnóstico. Antecedentes oncológicos podem dificultar o diagnóstico, levantando a hipótese de recidiva tumoral ou segunda neoplasia primária.

Caso clínico: Mulher, 50 anos, antecedentes de carcinoma invasivo da mama esquerda estadio IIIC em 2015, tratada com QT, mastectomia radical, RT e HT; e bócio multinodular com citologia benigna em 2016. Recorreu ao SU por síncope precedida de toracalgia e palpitações. Referia ainda perda ponderal involuntária, anorexia e aparecimento recente de uma massa cervical anterior com cerca de cinco semanas de evolução. Ao exame Objetivo, apresentava uma massa cervical anterior esquerda pétrea com cerca de 7 cm. A angio-TC cervico-torácica revelou volumosa lesão tiroideia com desvio traqueal, adenopatias e numerosos nódulos pulmonares sugestivos de metastização. Colocou-se como hipótese diagnóstica recidiva de neoplasia da mama vs neoplasia primária da tiroide. A ecografia tiroideia mostrou lesão infiltrativa EU-TIRADS 5 e a citologia carcinoma anaplásico da tiroide associado a neoplasia folicular, com metastização pulmonar confirmada por biópsia que descartou recidiva da mama. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e a doente referenciada para um centro de referência oncológico.

Discussão: O carcinoma anaplásico da tiroide é uma neoplasia rara e extremamente agressiva, que ocorre predominantemente em doentes idosos (idade média de 65 anos). A sua ocorrência em idades mais jovens é menos frequente, conferindo particular relevância clínica ao presente caso. Admite-se que resulte da diferenciação de carcinomas tiroideus diferenciados e associa-se frequentemente a bócio multinodular, como observado nesta doente, reforçando a importância do seguimento rigoroso de patologia tiroideia. O antecedente de carcinoma da mama levantou inicialmente a hipótese de recidiva, ilustrando a complexidade do diagnóstico e a importância da confirmação histológica. Dada a elevada agressividade, o diagnóstico deve ser célere, com avaliação precoce da via aérea e referência para centros especializados.

PO 262

O ECOCARDIOGRAMA FALHOU E A CANDIDA ESPREITOU

Ana Mondragão; Catarina Salvado; Vasco Tavares; Sara Viana; Tiago Fernandes; Mariana Gonçalves; Fátima Silva; Rafaela Veríssimo
ULSGE - Gaia

Doente 56 anos, antecedentes pessoais de transplante renal e imunodeprimida. Recorreu ao SU por alteração do comportamento, com uma semana de evolução, e cefaleia com náuseas e vômitos. Estudo analítico e drogas de abuso sem alterações. Realizou TC CE e angioTC: aneurisma roto da ACM direita, tendo realizado tratamento de exclusão do aneurisma. No Serviço de Cuidados Intensivos episódio de dor torácica e hipotensão, com afundamento estado consciência e entubação orotraqueal. Realizou angioTC torácico e troncos supra-aórticos com sinais de disseção do arco aórtico até ao coração condicionando insuficiência aórtica severa. Admitida na Cardiotorácica para substituição valvular urgente. Após uma semana ecocardiograma transtorácico (ecoTT) com prótese biológica aórtica normofuncionante. Várias intercorrências – pneumonias, deiscência de ferida operatória, choque hemorrágico por rotura da veia ilíaca externa. Internada no Serviço de Neurorradiologia. Requisitada colaboração à Medicina Interna para gestão do doente complexo. Durante o internamento a doente manteve alguns picos febris isolados associados às intercorrências. Solicitadas hemoculturas que vieram positivas para *Candida Albicans*. Iniciou tratamento dirigido com fluconazol. Realizou ecoTT com exclusão de vegetações. Observação por Oftalmologia: coriorretinite por *Candida*. Mantinha picos febris mantendo a suspeita de endocardite e realizou ecografia ecotrans-esofágica para exclusão. Dada a alta suspeita de endocardite aguda em válvula recentemente implantada foi pedida PET F18-fluorodeoxiglucose que evidenciou focos de metabolismo glicolítico aumentado e intenso na prótese do arco aórtico, sugestivo de processo infeccioso.

Atualmente, a PET passou a ser considerada critério major adicional nas recomendações europeias de endocardite(> 3 meses). Neste caso mostrou vantagens no diagnóstico não realizado pelos outros métodos convencionais. A PET deteta a atividade metabólica precoce mesmo sem vegetações visíveis e permite identificar a infeção periprotésica.

Embora a maioria das endocardites seja causada por bactérias, as endocardites fúngicas são raras. A doente tem vários fatores de risco para fungémia – imunossupressão, internamento prolongado, múltiplos procedimentos invasivos, antibioterapia prévia e prótese recente.

PO 263

ALÉM DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL

Maria João A. Barbosa; Rita Gameiro
ULS São José, Medicina Interna, Medicina¹

Introdução: Os síndromes pós-cardíacos (SPC) constituem entidades inflamatórias que surgem após lesão pericárdica e/ou miocárdica. Podem ocorrer na sequência de enfarte agudo do miocárdio (EAM), trauma torácico, pericardiotomia ou intervenções cardíacas percutâneas, estando associados a um mecanismo imunomediado.

Caso clínico: Homem de 85 anos, com história de hipertensão arterial e obesidade, tal como internamento um mês antes por EAM com supradesnívelamento do segmento ST complicado de insuficiência cardíaca (IC) e fibrilhação auricular de novo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, tendo sido identificado derrame pleural bilateral de novo, inicialmente admitido em contexto de IC descompensada. Foi internado para otimização da terapêutica diurética e estudo etiológico. Na ausência de resposta à terapêutica instituída, realizou-se toracocentese diagnóstica e evacuadora, cuja análise revelou líquido pleural compatível com exsudado, com predomínio de células mononucleares, exame microbiológico estéril e citologia negativa para células malignas. Atendendo ao contexto clínico e temporal, foi admitido o diagnóstico de síndrome de Dressler, tendo sido iniciada terapêutica com ibuprofeno e colchicina, com agravamento inicial da função renal. Verificou-se posteriormente melhoria clínica progressiva, permitindo alta hospitalar com reavaliação em Hospital de Dia, na qual se constatou resolução clínica e radiológica do derrame pleural.

Discussão: Os SPC, incluindo o síndrome de Dressler, podem surgir após EAM, habitualmente entre uma semana a três meses após o evento isquémico, estando a sua fisiopatologia relacionada com uma resposta inflamatória imunomediada. Este caso ilustra a importância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial de derrames pleurais de novo após EAM, de modo a permitir a instituição de terapêutica dirigida precocemente.

PO 264

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE VIH

Maria João Barbosa; Rita Gameiro; Luísa Azevedo
ULS São José, Medicina Interna, Medicina¹

Introdução: Apesar dos avanços terapêuticos, a infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) permanece sem cura e com elevada incidência em Portugal, sobretudo em homens que têm sexo com homens (HSH) e com alta proporção de diagnósticos tardios. A encefalopatia por VIH (EVIH) é uma complicação neurológica desta infeção, caracterizada por disfunção ce-

rebral progressiva de predomínio subcortical.

Caso clínico: Homem de 44 anos, HSH, admitido no Serviço de Urgência por alteração do comportamento de evolução desconhecida. À admissão, apresentava desorientação temporal-espacial e discalculia moderada, sem défices neurológicos focais. Analiticamente, pesquisa positiva para anticorpo anti-VIH e VDRL (título 1/4). A tomografia cranioencefálica revelou atrofia cortico-subcortical difusa e a ressonância magnética identificou adicionalmente alterações de sinal da substância branca bilateral. Realizada punção lombar, com líquido cefalorraquidiano (LCR) cristalino, apresentando pleocitose ligeira com predomínio mononuclear, hiperproteíno-ráquia ligeira e glucor-ráquia normal. Optou-se por internamento, com suspeita inicial de encefalite infecciosa, sendo iniciado empiricamente vancomicina, ceftriaxone, ampicilina e aciclovir. Após resultados microbiológicos, micológicos e virológicos negativos, a terapêutica foi suspensa, verificando-se imunologia também negativa. Destaca-se imunossupressão grave (80 CD4/ μ L) e carga viral VIH-1 48.700 cp/mL. VDRL no LCR negativo, pelo que se iniciou tratamento para sífilis tardia. Admitiu-se EVHI, iniciando terapêutica antirretroviral durante o internamento com evolução clínica favorável, possibilitando a alta, mantendo seguimento em ambulatório.

Discussão: A EVIH manifesta-se principalmente na imunossupressão grave, podendo ter evolução insidiosa, com alterações cognitivas, comportamentais ou motoras. Este caso reforça a importância do diagnóstico precoce, introdução atempada de terapêutica antirretroviral e rastreio/tratamento de coinfeções.

PO 265

ENDOCARDITE INFECCIOSA COM MANCHAS DE ROTH: QUANDO O ECOCARDIOGRAMA INICIAL É NEGATIVO

Joana Patrício Crisóstomo; Joana Moniz; Bruna Cordeiro; Mariana Branco; Adriana Bandeira; Renato Saraiva
Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

A endocardite infecciosa é uma infeção do endotélio cardíaco que ocorre geralmente após bacteremia, levando à formação de vegetações que podem destruir a válvula e embolizar.

A incidência europeia tem crescido, com a mortalidade hospitalar a situar-se entre 15-22%. Como fatores preditores: idade avançada, insuficiência cardíaca, complicações cerebrais e infeção por *Staphylococcus aureus*.

Apresentamos doente de 66 anos, autónoma, como antecedentes pessoais um Acidente Vascular Isquémico (AVC) prévio e perfil monoclonal IgG/L, recorre ao Serviço de Urgência por tonturas e desequilíbrio com vários meses de evolução. Ao exame Objetivo apresentava Romberg com desequilíbrio à esquerda. Assumiu-se fístula dural e fica internada em Neurologia.

Realizou uma angiografia cerebral que evidenciou uma Malformação Arterio-Venosa (MAV) temporal esquerda. No internamento apresenta flebite com evolução para erisipela e bacteriemia a *Staphylococcus aureus*. Ecocardiograma transtorácico negativo para endocardite. Ao 16º dia, transferida para Medicina Interna. Em D1 queixou-se de névoa visual no olho esquerdo. Em D2 surgiram lesões cutâneas petequiais ao nível dos membros inferiores. Nos dias seguintes, agravamento clínico com edemas dos membros inferiores, crepitações bibasais e sopro de novo.

Em D5, oftalmologia identifica oclusão arterial no olho esquerdo e manchas de Roth no olho direito. Em D6, novo ecocardiograma transtorácico revela massa móvel aderente ao folheto posterior mitral. Doente é transferida para Cardiologia.

Este caso ilustra a apresentação atípica da endocardite infecciosa. A febre é o sintoma mais comum, presente em 77-90% dos casos. Sopros cardíacos ocorrem em 65-75%, sendo 48% de novo. As petéquias surgem em 20-40%, tipicamente nas extremidades e mucosas.

Os nódulos de Osler e manchas de Roth, ocorrem em apenas 2-5% dos casos, principalmente em endocardite prolongada. As manchas de Roth são lesões hemorrágicas retinianas raras mas altamente específicas.

Das complicações que podem surgir na endocardite, a salientar em 50% complicações cardíacas como insuficiência cardíaca.

Este caso destaca a importância do alto índice de suspeição em doentes com bacteriemia persistente, mesmo com ecocardiograma inicial negativo, e a necessidade de reavaliação perante novos sinais clínicos.

PO 266

DESAFIO DIAGNÓSTICO: DERRAME PLEURAL BILATERAL ASSOCIADO A DASATINIB

Ana Carina Baldino; Patrícia Serpa Soares; Pedro Costa; Daria Bem

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: O derrame pleural é uma causa frequente de dispneia, com múltiplas etiologias incluindo insuficiência cardíaca, infeções, neoplasia, doenças autoimunes ou outras causas inflamatórias. Efeitos adversos de fármacos, embora menos comuns, constituem uma causa reversível relevante, destacando-se o dasatinib, inibidor de tirosina-quinase de segunda geração usado na leucemia mieloide crónica (LMC).

Caso clínico: Mulher de 73 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, com antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, síndrome depressiva, asma brônquica e leucemia mieloide crónica Ph+ BCR-ABL sob terapêutica com dasatinib. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia. Gasimetria arterial revelou insuficiência respiratória hipoxémica (pO₂ 49.3mmHg). Radiografia e tomografia torácica eviden-

ciaram derrame pleural bilateral, sem evidência de consolidações, massas, enfartes, contusões ou nodulações de aspeto suspeito. Analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios e com NT-proBNP normal. Internou-se no serviço de Medicina Interna para oxigenoterapia e terapêutica diurética. Fez ecocardiograma que mostrou boa função sistólica global do VE, insuficiência mitral moderada e derrame pericárdico ligeiro. Evoluiu favoravelmente sob a terapêutica instituída, considerando-se após revisão do caso e dos efeitos adversos do dasatinib, que este seria a etiologia mais provável do derrame. Após discussão multidisciplinar, decidiu-se a sua suspensão. Manteve seguimento em consulta de Hematologia, sem recorrência do derrame. Alterada terapêutica para nilotinib.

Discussão/Conclusão: A doença pleural induzida por fármacos é rara, mas o dasatinib associa-se a derrame pleural como efeito adverso característico. A identificação precoce é essencial, pois o derrame é reversível após suspensão ou ajuste da dose. Este caso reforça a importância de uma história clínica detalhada e da farmacovigilância ativa.

PO 267

UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA NÃO-HODGKIN

Francisca Lourenço Ramos; Inês Bento Andrade; Margarida Ribeiro; Francisca Dâmaso; Gonçalo Ribeiro; António Carvalho; Susana Jesus; Cândida Fonseca
Hospital São Francisco Xavier

Introdução: Os Linfomas Não-Hodgkin são tumores do tecido linfático, muitas vezes, com manifestações clínicas inespecíficas. Em doentes mais idosos, o diagnóstico é particularmente desafiante, sobretudo quando coexistem antecedentes neoplásicos e achados imagiológicos sugestivos de outras etiologias.

Caso clínico: Mulher, 83 anos, com antecedentes pessoais de Paraganglioma simpático do mesentério submetido a cirurgia, recorre ao Serviço de Urgência por traumatismo torácico em contexto de astenia. Negou febre, perda ponderal e sudorese noturna. Analiticamente, com anemia ferropénica e elevação dos parâmetros inflamatórios, assumida no contexto de uma cistite aguda para a qual iniciou antibiótica. Tomografia computadorizada toraco-abdomino-pelvica com massa abdominal que se estende do pâncreas ao baço sugestiva de lesão neoproliferativa, aspetos suspeitos de carcinomatose peritoneal e derrame pleural à esquerda. Cromogranina, catecolaminas e metanefrinas plasmáticas dentro de valores normais. Realizou múltiplas biopsias por ecoendoscopia com achados compatíveis com infiltração esplénica por Linfoma Não Hodgkin B, não sendo possível melhor identificação da população linfóide atípica. Toracocentese diagnóstica e evacuadora do derrame pleural a identificar presença de células B monoclonais e imunofenotipagem su-

gestiva de Linfoma de grandes células B. Cell block com uma população linfóide de pequenos linfócitos bifenotípicos (CD3+/CD20+, CD138-). Dada evolução com agravamento clínico, iniciou corticoterapia tendo sido encaminhada para a Hematologia onde iniciou quimioterapia.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica desta massa exuberante, cuja localização, dificultou a caracterização histológica em doente idosa, com antecedentes de paraganglioma a confundir o diagnóstico diferencial.

PO 268

RECONHECER A NEUROSSÍFILIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Luísa Maceda Rodrigues; Ana Cristina Peixoto; Margarida Miguel Paraíso; Mariana Lobo; Pedro Rodrigues; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde São João

Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada por *Treponema pallidum*, cuja incidência tem aumentado nas últimas décadas. A neurosífilis pode ocorrer em qualquer fase da doença, apresentando um amplo espectro de manifestações neurológicas, oftalmológicas e otológicas, muitas vezes mimetizando outras patologias neurológicas ou vasculares.

Caso clínico: Homem de 43 anos, com infecção por VIH sob terapêutica antirretrovírica desde 2016 com boa adesão. Recorreu ao Serviço de Urgência por exantema macular não pruriginoso disseminado, com um mês de evolução, previamente medicado com anti-histamínico e corticoterapia sem resposta. Referia ainda perda auditiva bilateral de instalação progressiva, diminuição da acuidade visual no olho direito e hipostesia da hemiface e do membro superior direito com três dias de evolução.

Ao exame neurológico apresentava diplopia binocular na infraversão e dextroversão, parestesias na hemiface esquerda e reflexos osteotendinosos vivos. Analiticamente sem alterações relevantes. Trazia audiograma que evidenciava surdez neurossensorial para altas frequências. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), que demonstrou hipodensidade na vertente medial da região tálamo-capsular direita e do pólo occipital esquerdo, carecendo de ressonância magnética (RM) para melhor caracterização. Solicitado serodiagnóstico de sífilis, que se revelou positivo, com VDRL 64 diluições, tendo iniciado benzilpenicilina G intravenosa (24 MU/dia) que cumpriu durante 14 dias. A punção lombar revelou 4 células/ μ L, 16 eritrócitos/ μ L, proteínas 0,45 g/L, glicose 58 mg/dL, PCR para *Treponema pallidum* e VDRL negativo, imunoblot positivo. Observado por Oftalmologia que descartou envolvimento ocular. A RM-CE realizada posteriormente concluiu tratar-se de artefacto relativamente às alterações descritas na TC.

Após término do tratamento apresentou resolução total do exantema e recuperação parcial da audição, tendo tido alta orientado para a consulta.

Conclusão: Este caso evidencia a importância de considerar neurosífilis perante sintomas neurológicos, principalmente em doentes com fatores de risco. O diagnóstico atempado e a instituição de terapêutica adequada, são fundamentais para a prevenção de sequelas neurológicas permanentes.

PO 269

DE NEOPLASIA UROTELIAL A LINFOMA NÃO-HODGKIN

Francisca Lourenço Ramos; Inês Bento Andrade; Margarida Ribeiro; Francisca Dâmaso; Gonçalo Ribeiro; António Carvalho; Susana Jesus; Cândida Fonseca
Hospital São Francisco Xavier

Introdução: Os Linfomas Não-Hodgkin são tumores do tecido linfático que, na maioria dos casos, se devem à transformação maligna dos linfócitos B. Apesar de poder surgir em qualquer idade, a probabilidade aumenta com o envelhecimento. Clinicamente caracterizam-se por linfadenopatias assintomáticas, que muitas vezes comprimem estruturas adjacentes levando ao aparecimento de sintomas.

Caso clínico: Mulher, 86 anos com hematuria, dor lombar direita e edema do membro inferior direito com 7 dias de evolução. Sem febre, perda ponderal ou suores noturnos. Ao exame clínico, apresentava edema do membro inferior direito, calor e rubor. Analiticamente, agravamento da função renal e elevação dos parâmetros inflamatórios. Tomografia computadorizada abdomino-pélvica mostrou obstrução do ureter direito. Ressonância Magnética provável lesão neoformativa do ureter proximal direito, adenopatias ilíacas e nódulos bem delimitados retroperitoneais. Submetida a ureterocistoscopia com colocação de stent com defeito no preenchimento do ureter direito, em provável relação com o processo neoformativo, com indicação para seguimento em consulta externa de Urologia para estudo. Internada no serviço de Medicina Interna por agravamento do edema do membro inferior direito associado a dor. Ecodoppler evidenciou Trombose Venosa Profunda, com attingimento das veias ilíaca externa, femoral e poplítea. Biópsia guiada por Tomografia do nódulo retroperitoneal com achados compatíveis com infiltração por células de Linfoma Não-Hodgkin B, difuso de grandes células, subtipo centro germinativo. Iniciou terapêutica com corticoterapia tendo sido transferida para o serviço de Hematologia, onde iniciou quimioterapia.

Conclusão: Apesar de não ser uma apresentação mais típica, por vezes, as manifestações iniciais do Linfoma Não-Hodgkin estão relacionadas com os efeitos compressivos das adenopatias, que neste caso, inicialmente nos apontava para um tumor do foro urológico.

PO 270

HEMOPTISES COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LEPTOSPIROSE GRAVE: UM CASO DE SÍNDROME DE WEIL

Natália Pires; Maria Inês Oliveira; Ana Brasil; Margarida Oliveira
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A leptospirose é uma zoonose de distribuição mundial causada por bactérias do género *Leptospira*. A transmissão ocorre sobretudo através de contacto com água ou solo contaminados por urina de animais infetados. Embora frequentemente autolimitada, pode evoluir para formas graves, como a síndrome de Weil.

Caso clínico: Homem de 27 anos, admitido por hemoptises de início agudo. Referia duas semanas de sintomas gripais, seguidas de astenia, mialgias e dor torácica pleurítica. Epidemiologicamente destacava-se contacto frequente com meio rural e utilização de água de poço. Analiticamente apresentava pancitopenia, lesão renal aguda (creatinina 1,8 mg/dL), lesão hepática de padrão hepatocelular (AST 766 U/L, ALT 712 U/L; rácio R 11,9), rabdomiólise (CK 506 U/L; mioglobina 542 ng/mL) e PCR 251 mg/L. O exame sumário de urina evidenciou leucoeritrocitúria e proteinúria ligeira. A TC torácica revelou múltiplas densificações centrilobulares bilaterais. Foi iniciado tratamento empírico com doxiciclina pela suspeita de zoonose. Posteriormente confirmou-se PCR para *Leptospira* positiva na urina, assumindo-se leptospirose com síndrome de Weil em fase imune, com ajuste terapêutico para penicilina endovenosa e boa evolução clínica.

Discussão: A leptospirose apresenta evolução tipicamente bifásica, com fase aguda inicial seguida de fase imune mediada por resposta inflamatória. A síndrome de Weil corresponde à forma grave da doença, caracterizada por icterícia, insuficiência renal e manifestações hemorrágicas. O envolvimento pulmonar pode ocorrer em até 20–70% dos casos graves, variando desde infiltrados intersticiais até hemorragia alveolar difusa, podendo manifestar-se por hemoptises. O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica, no contexto epidemiológico e na confirmação por métodos moleculares ou serológicos. O tratamento antibiótico precoce com doxiciclina ou penicilina associa-se a melhor evolução clínica. Este caso sublinha a importância de integrar o contexto epidemiológico na avaliação de síndromes multissistémicas, lembrando que zoonoses potencialmente graves podem apresentar-se de forma inespecífica e requerem elevado grau de suspeição clínica para diagnóstico atempado.

PO 271

TROMBOSE BILATERAL DAS ARTÉRIAS RENAIIS EM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: UM DESAFIO PRÓ-TROMBÓTICO

Ana Brasil; Natália Pires; Tomás Bragança Ribau; Marcela Ferro; Mário Bibi; Rui Moço

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A trombose das artérias renais é uma manifestação rara mas potencialmente devastadora do síndrome antifosfolipídico (SAF), podendo ocorrer mesmo sob anticoagulação. A identificação de fatores precipitantes adicionais é fundamental para compreender estes eventos e orientar a abordagem clínica.

Caso clínico: Homem de 52 anos, com antecedentes de SAF sob anticoagulação crónica com varfarina, admitido por dor abdominal intensa na região do hipogastro e fossa ilíaca direita com irradiação para a região lombar direita. Destacava-se uso de corticoterapia sistémica recente (que incluiu pulsos de metilprednisolona durante 3 dias) por suspeita de encefalite autoimune. A investigação imagiológica revelou trombose bilateral das artérias renais com múltiplos enfartes renais e lesão renal aguda (LRA) KDIGO 2. À admissão apresentava INR supratrapêutico (INR 9.6). Após discussão multidisciplinar e exclusão de abordagem endovascular, optou-se por iniciar enoxaparina e ácido acetilsalicílico, com vigilância clínica e analítica estreitas. Não se encontraram outros fenómenos trombóticos.

Discussão: Este caso ilustra uma manifestação trombótica incomum em doente com SAF, ocorrendo apesar de anticoagulação e num contexto de fator pró-trombótico concomitante - corticoterapia sistémica. O uso de corticosteroides em altas doses está associado à elevação de marcadores de coagulação como fator de Von Willenbrand, à ativação da trombina e causa ainda alteração do tónus vascular por desequilíbrio entre substâncias vasoconstritoras e vasodilatadoras. Esse efeito pró-coagulante pode potenciar o risco de trombose em pacientes com SAF, principalmente quando há outros fatores de risco ou descompensação clínica. A trombose bilateral das artérias renais em contexto de SAF é rara e desafiante. Este caso, profusamente ilustrado, sublinha o papel da interação entre múltiplos fatores pró-trombóticos e a importância da vigilância clínica em doentes de alto risco, mesmo sob anticoagulação aparentemente adequada.

PO 272

MASSA ABDOMINOPÉLVICA VOLUMOSA EM CONTEXTO DE DOR AGUDA

Bruna Rodrigues Barbosa; Angélica Micolo; Ana Catarina Ruivo; Andreia Meseiro; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
ULSAR

Introdução: Massas abdominopélvicas volumosas em mulheres perimenopáusicas representam um desafio diagnóstico e terapêutico, sobretudo quando associadas a apresentação aguda. A diferenciação entre etiologias benignas e malignas, ginecológicas ou extraginecológicas, é fundamental e depende de avaliação clínica cuidada, imagiologia dirigida e parâmetros laboratoriais.

Caso clínico: Mulher, caucasiana, 50 anos, com antecedentes de 2 cesarianas e 1 internamento por empie-ma retrofaríngeo em 2025. Hábitos tabágicos mantidos (meio maço/dia). Refere idade de menarca aos 13 anos; ciclos irregulares anteriormente; neste momento em amenorreia sob desogestrel há 13 anos. Em junho de 2025, recorreu ao SU por dor abdominal com 3 dias de evolução, com agravamento progressivo, associada a anorexia, náuseas, distensão abdominal e perda ponderal não quantificada. Negou febre, alterações urinárias ou intestinais. Ao exame Objetivo, verificou-se massa abdominopélvica volumosa, pouco móvel, indolor, atingindo o apêndice xifoideu. Ao toque vaginal e retal, identificou-se abaulamento pélvico anterior. Ecografia pélvica (transvaginal e suprapúbica) revela formação multiloculada com componentes sólidos e quísticos, sem visualização dos ovários ou útero. Tomografia computadorizada abdominopélvica demonstra lesão complexa ocupando toda a cavidade abdominal e pélvica, com compressão de órgãos adjacentes e provável origem anexial direita. Analiticamente a destacar: leucocitose (17.400/ μ L), PCR elevada (235 mg/L), LDH 445 U/L e β -hCG negativo. Perante a suspeita de neoplasia anexial de grandes dimensões a doente é internada para estudo e estadiamento.

Conclusões: Este caso exemplifica a apresentação atípica e insidiosa de uma provável neoplasia anexial de grandes dimensões, com manifestação aguda pouco específica. A coexistência de marcadores inflamatórios elevados, ausência de ascite e a impossibilidade de identificar claramente os órgãos ginecológicos dificultaram o diagnóstico inicial. O envolvimento precoce de equipas multidisciplinares, o recurso a múltiplas modalidades imagiológicas e o planeamento cirúrgico individualizado são determinantes para garantir uma abordagem centrada no doente, integrando os cuidados de Urgência com o seguimento especializado.

PO 273

DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO: O FUTURO DA MEDICINA VASCULAR

Bruna Rodrigues Barbosa; Ana Catarina Ruivo; Andreia Meseiro; Sofia Ferreira; Laurinda Pereira; Martinho Fernandes; Ana Paula Pona
ULSAR

Introdução: A dor abdominal em idosos é um desafio diagnóstico e pode revelar patologias graves, como aneurisma da aorta abdominal (AAA). Embora muitas vezes assintomáticos, estes aneurismas podem evoluir para rotura súbita, com elevada mortalidade. A avaliação clínica associada a imagiologia avançada, especialmente angio-TC, permite identificar aneurismas e características de risco, orientando intervenções minimamente invasivas como reparação endovascular (EVAR).

Caso clínico: Homem de 80 anos, autónomo, cuidador da esposa, com antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica com bypass coronário em 2000, hérnias discais lombares e cirurgia recente ao ombro por carcinoma basoescamoso. Recorreu ao SU por dor abdominal peri-umbilical intermitente, tipo afrontamento, irradiação retrosternal e dispneia de esforço há dois dias. Analiticamente apresentava anemia (Hb 8,4 g/dL), ureia 53 mg/dL, creatinina 1,37 mg/dL e troponina 599 pg/mL, sem curva sugestiva de Síndrome Coronária Aguda (SCA). Angio-TC abdominal revelou aterosclerose difusa, cardiomegalia, discreto derrame pleural e aneurisma sacular da aorta infrarrenal (~43 mm), provavelmente secundário a úlcera aterosclerótica penetrante, sem sinais de rotura. Clinicamente estava vigil, hemodinamicamente estável, frequência cardíaca lábil (80–125 bpm), perfil tensional assimétrico, edema ligeiro de membros inferiores e dispneico apenas ao esforço verbal. Foi observado inicialmente pela Medicina Interna e encaminhado para Cirurgia Vascular. Foi submetido a EVAR com suporte intraoperatório de fluidoterapia, 1 unidade de concentrado de eritrócitos (UCE) e vasopressor. Pós-operatório sem intercorrências, mobilidade com canadianas, dieta tolerada e feridas cirúrgicas em boa evolução. Recebeu alta hospitalar no 4º dia, com orientações de cuidados domiciliários, controlo algico e seguimento em Cirurgia Vascular e Cardiologia.

Discussão: O caso evidencia a importância da angio-TC na investigação da dor abdominal na população idosa, permitindo identificar aneurismas com risco de ruptura e planejar intervenção endovascular segura. A abordagem multidisciplinar foi determinante para o desfecho favorável, destacando a relevância da monitorização hemodinâmica, suporte pós-operatório e reabilitação funcional.

PO 274

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: A MECÂNICA DE UM EVENTO

Sofia Henriques; Sofia Rodrigues De Carvalho;
Rita Pinto Moreira; Helena Vilaça; Lindora Pires
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introdução: A implantação inadvertida do eletrocater de pacemaker nas cavidades cardíacas esquerdas é uma complicação infrequente e raramente reportada. A embolização sistémica recorrente, sob a forma de eventos cerebrovasculares, representa uma das complicações mais descritas.

Caso clínico: Mulher de 85 anos com risco vascular muito elevado e portadora de pacemaker DDDR implantado há 2 meses por bloqueio auriculoventricular de 2º grau. Admitida no serviço urgência por afasia motora de início súbito. TC cerebral sem alterações. Por hemiparesia direita grau 4 de novo, repete TC cerebral que demonstra acidente vascular cerebral (AVC) embólico no território da artéria cerebral média esquerda. Dopplers dos vasos extra e intracranianos sem oclusão/estenose significativa. Sem episódios de fibrilhação auricular na interrogação de pacemaker. Ecocardiograma transtorácico sem alterações relevantes. Alta sob antiagregação plaquetária simples. Contacto de Cardiologia 48h após alta hospitalar, por identificar sonda ventricular de pacemaker a atravessar o septo interauricular para aurícula esquerda, com fixação no ventrículo esquerdo, ao rever ecocardiograma do internamento, achado com potencial trombogénico elevado. Alterada estratégia antitrombótica para hipocoagulação com varfarina até reposicionamento eletivo do eletrocater. Sem novos eventos após correção cirúrgica e sob prevenção secundária com antiagregação pelo risco vascular.

Conclusões: Em indivíduos com AIT/AVC embólico e implantação recente de pacemaker é crucial confirmar o correto posicionamento do eletrocater. A presença de padrão de bloqueio de ramo direito no ECG pós procedimento constitui um sinal de alarme de mau posicionamento, sendo fundamental a verificação por ecocardiograma transtorácico e, em casos selecionados, ecocardiograma transesofágico. O reposicionamento do eletrocater constitui o tratamento definitivo na prevenção de recorrência de eventos.

PO 275

UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Maria Almeida Pinto; Carla Da Silva; Guilherme Rui Pereira;
Arminda Maia; Maria Margarida Robalo; Carla Maravilha;
Sofia Esperança
Unidade Local de Saúde de Braga

O cancro do pulmão é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada e uma das principais causas de morte a nível mundial. O adenocarcinoma é atualmente o prin-

cipal subtipo histológico e foi recentemente reorganizado num espectro que varia de lesões pré-invasivas a adenocarcinoma invasivo. A clínica de apresentação pode ser insidiosa, mas o mais típico é apresentar-se como um nódulo pulmonar solitário.

Relata-se o caso de uma mulher de 48 anos, saudável e sem hábitos tóxicos, que recorre aos cuidados de saúde por sintomas de dispneia e dor torácica de instalação recente, sem outras queixas associadas. No serviço de urgência, pelas alterações eletrocardiográficas e suspeita de compromisso pericárdico, realizou-se ecocardiograma transtorácico que revelou a presença de derrame pericárdico de grande volume. Após drenagem pericárdica e estabilização clínica, e assumido o diagnóstico de pericardite aguda, a doente foi posteriormente transferida para o serviço de Medicina Interna para continuação da investigação etiológica. Durante o internamento, o resultado da citologia do líquido pericárdico confirmou a presença de células neoplásicas compatíveis com adenocarcinoma do pulmão.

Este caso revela-se interessante pela apresentação clínica atípica, com um quadro inaugural marcado por sintomas cardiorrespiratórios decorrentes de derrame pericárdico, e por se tratar de uma doente jovem sem fatores de risco clássicos.

PO 276

EDEMA DE RE-EXPANSÃO PULMONAR APÓS DRENAGEM DE DERRAME MALIGNO

Bruna Rodrigues Barbosa; Ana Catarina Ruivo;
Andreia Meseiro; Angélica Micoló; Laurinda Pereira;
Ana Paula Pona; Martinho Fernandes
ULSAR

Introdução: O edema de re-expansão pulmonar é uma complicação rara da toracocentese terapêutica, ocorrendo em menos de 1% dos procedimentos. Está mais frequentemente associado à drenagem de grandes volumes ou à reexpansão rápida de pulmões previamente colapsados. A apresentação clínica pode variar desde alterações radiológicas assintomáticas até insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica.

Caso clínico: Homem, 72 anos, ex-fumador desde os 71 anos (>100 UMA), reformado da construção civil com exposição ocupacional a amianto, antecedentes de infeção por SARS-CoV-2 e tumor de Warthin da parótida. Recorreu ao SU por toracalgia direita e tosse produtiva com 1 semana de evolução. Ao exame, apirético, SpO2 97% em ar ambiente, PA 108/73 mmHg, FC 79 bpm; murmúrio vesicular abolido no terço inferior esquerdo. Analiticamente, PCR 88 mg/L. TC torácica revelou volumoso derrame pleural esquerdo com espessura máxima de 9 cm, colapso quase completo do lobo inferior esquerdo e compressão da vertente posterior do lobo superior esquerdo, associado a adenomegalias mediastínicas. Foi realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora com drenagem de 2000 mL

de líquido pleural turvo-hemorrágico. Cerca de 5 horas após o procedimento apresentou hipotensão (PA 69/43 mmHg), hipoxemia, desorientação transitória e dor precordial. Após administração de 1 L de lactato de Ringer, estabilizou (PA 109/57 mmHg, SpO2 95% em ar ambiente). Radiografia de tórax evidenciou infiltrado difuso de todo o hemitórax esquerdo, compatível com edema de re-expansão pulmonar.

O estudo citoquímico do líquido pleural revelou predomínio de células mononucleadas (95%), proteínas 5,5 g/dL, LDH 610 UI/L e glicose 72 mg/dL. Posteriormente, confirmou-se o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em estadio IV com metastização pleural.

Discussão: O edema de re-expansão pulmonar ocorre devido a aumento da permeabilidade capilar e stress mecânico do parênquima após rápida reexpansão. Embora raro, deve ser suspeitado após toracocentese de grande volume, especialmente em pulmões colapsados há períodos prolongados. O manejo é majoritariamente de suporte, com oxigenoterapia e monitorização hemodinâmica. Este caso reforça a importância de vigilância clínica pós-procedimento e reconhecimento precoce de complicações tardias.

PO 277

TEIA CAROTÍDEA: ETIOLOGIA SUBDIAGNOSTICADA DE AVC ISQUÊMICO EM DOENTES JOVENS

Ana De Sousa Pereira
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A teia carotídea é uma entidade rara e pouco conhecida, associada a Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, particularmente em mulheres jovens sem fatores de risco ateroscleróticos significativos. Apesar da sua relevância clínica, é frequentemente subdiagnosticada, podendo ser confundida com outras entidades.

Caso clínico: Mulher de 51 anos, com antecedentes de dislipidemia, trombose venosa cerebral associada a contraceção oral e hipotireoidismo pós-tireoidectomia, apresentou hemiparésia esquerda e disartria súbitas (NIHSS 18). A avaliação imagiológica por angiotomografia computadorizada (Angio-TC) revelou oclusão pós-bulbar da artéria carótida interna direita e do segmento M1. A doente foi submetida a trombólise endovenosa e trombectomia por aspiração. A presença de teia carotídea foi sugerida pelo eco-doppler que evidenciou um trombo pediculado no bulbo carotídeo direito e mais tarde confirmada por angiorressonância magnética. Iniciou anticoagulação com seguimento posterior em consulta de Neurologia e Neurorradiologia de intervenção para definir os próximos passos no plano terapêutico.

Discussão: A teia carotídea é causa de 6.4% dos AVC criptogénicos, sendo mais frequente em mulheres jovens sem fatores de risco cardiovasculares. O diagnóstico depende de exames de imagens, tais como

Angio-TC, que é considerado o exame de eleição. O tratamento pode ser médico (antiagregante ou anticoagulante) ou com recurso a revascularização (por endarterectomia ou colocação de stent). Estudos observacionais indicam recorrência de AVC em 26.8% dos doentes submetidos a tratamento médico e ausência de recorrência após revascularização, com baixa taxa de complicações. Este caso reforça a importância de suspeição clínica elevada de teia carotídea, avaliação imagiológica criteriosa e prevenção secundária de forma a reduzir o risco de recorrência.

PO 278

HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA ASSOCIADA A OXALIPLATINA E LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA

Ana Patrícia Tenreiro¹; Ana Margarida Fonseca²;
Tiago João Valente²; Inês Pinho³; Joana Calvão³;
José Presa Ramos³

¹Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins;

²Unidade Local de Saúde São João; ³Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Introdução: O distúrbio vascular porto-sinusoidal (DVPS) é uma entidade rara caracterizada por hipertensão portal (HTP) na ausência de cirrose hepática, resultante de alterações da microvasculatura portal intra-hepática. Apesar da preservação da função hepatocelular, podem surgir complicações típicas de HTP, constituindo um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, com consumos alcoólicos tipo *binge drinking* no passado, mas em abstinência há 30 anos. Destaca-se o diagnóstico de carcinoma do cólon diagnosticado em 2007, tratado com colectomia e quimioterapia com oxaliplatina e leucemia mielóide crónica (LMC) sob hidroxycarbamida. Iniciou seguimento na consulta de Hepatologia por suspeita de cirrose hepática com descompensação. Apresentava ascite de grande volume, varizes esofágicas (VE) com estigmas de risco, bicitopenia e INR=1.20. Enzimas hepáticas normais e estudo etiológico de causas de hepatopatia negativo. Imagiologicamente, dismorfia hepática e esplenomegalia. O estudo da ascite revelou GASA>1.1 (em favor de HTP), com proteínas > 25 g/L (em desfavor de cirrose). A elastografia hepática mostrou rigidez de 8.9 kPa (IQR 8%) e esplénica com 43.7 kPa (IQR 11,8%), compatível com HTP. Foi realizada biópsia hepática que revelou histologia hepática sem alterações.

Considerando a exposição farmacológica, os antecedentes e integrando todos os exames complementares de diagnóstico e a exclusão de outras patologias, assumiu-se o diagnóstico de DVPS (mesmo sem histologia compatível). Foi iniciado plano terapêutico para mitigar as manifestações de HTP. Realizou paracenteses evacuadoras, ficando controlada com diuréticos. Iniciou carvedilol, que não tolerou por hipotensão arterial, tendo sido encaminhada para programa endoscópico de erradicação de varizes. Atualmente encontra-se clini-

camente recompensada e mantém seguimento regular na consulta.

Conclusão: Este caso enfatiza a importância de uma abordagem sistemática dos doentes com sinais e sintomas de HTP na ausência de doença hepática crônica relevante. A história de exposição prévia à oxaliplatina e a LMC levantam a hipótese de DVPS como causa para HTP pré-sinusoidal, mesmo que histologicamente não se tenha confirmado.

PO 279

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL DA CIRCULAÇÃO POSTERIOR COMO MANIFESTAÇÃO DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES

Alexandra Mendes; Ana Filipa Martins; Maria João Costeira; Rita Matos Sousa; Cleide José Maria; Pedro Jordão De Freitas
Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma doença poligénica, imunomediada, que afeta predominantemente indivíduos com 50 ou mais anos, podendo associar-se a complicações graves, nomeadamente eventos isquémicos cerebrovasculares.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e polimialgia reumática (PMR). Desenvolveu desequilíbrio de novo lateralizado à esquerda e hipoestesia facial. Admitida no serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico (AVC) da circulação posterior, envolvendo a artéria cerebelosa pósterio-inferior esquerda. O exame neurológico evidenciou hipoestesia facial esquerda, nistagmo horizontal, diplopia, ataxia axial e da marcha. A doente referia ainda cefaleias hemicranianas, caracterizadas por dor temporal bilateral e fadiga mandibular durante a mastigação. Perante a presença de cefaleias hemicranianas e claudicação mandibular no contexto de PMR, foi equacionada a hipótese de complicação sistémica de ACG. Os exames complementares revelaram perfil lipídico controlado, ritmo sinusal no eletrocardiograma e ecocardiograma sem alterações relevantes. A investigação de doenças infecciosas (VHB, VHC, VIH, sífilis) foi negativa. A velocidade de sedimentação encontrava-se elevada (76 mm/h). A ecografia das artérias temporais evidenciou halo hipoecogénico no tronco comum esquerdo e nas artérias parietais e frontais bilateralmente.

Discussão: Numa doente idosa com AVC da circulação posterior e fatores de risco vascular controlados, a elevada probabilidade de ACG foi sustentada pelos achados ecográficos. Instituiu-se terapêutica com pulsos de metilprednisolona, seguida de prednisolona oral na dose de 30 mg/dia, em associação com tocilizumab, verificando-se melhoria clínica significativa. Apesar de rara, esta etiologia deve ser considerada, uma vez que o reconhecimento e tratamento precoces são determinantes para a melhoria do prognóstico

PO 280

ANEMIA HEMOLÍTICA IMUNE SECUNDÁRIA AO PEMBROLIZUMAB COM HIPORRETICULOCITOSE PARADOXAL E HEPATITE

Pedro Teixeira Vaz ; Filipa Gomes Da Costa; João Galaz Tavares; Mariana Koehler; João Godinho; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

Introdução: Os inibidores do checkpoint imunitário (ICI) mostram-se cada vez mais importantes no tratamento de neoplasias malignas. A sua utilização crescente associa-se a efeitos adversos imunomediados, potencialmente graves, exigindo vigilância clínica e suspeição diagnóstica. Uma manifestação rara mas grave é a anemia hemolítica imune. Apresentamos o caso de anemia hemolítica imune secundária ao pembrolizumab e hiporeticulocitose paradoxal.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, com carcinoma da mama triplo negativo sob carboplatina, paclitaxel e pembrolizumab neoadjuvantes, recorreu ao serviço de urgência por cansaço e anemia grave (Hb 5,2 g/dL), sem perdas hemáticas macroscópicas.

Do estudo, tinha LDH elevada (900 U/L), haptoglobina indetectável, teste de Coombs direto positivo para IgG (1+), hiporeticulocitose (0,1%) e ausência de défice de hematócritos. A pesquisa de DNA de Parvovírus B19 foi negativa e biópsia medular não apresentava invasão neoplásica. Concomitantemente, apresentava hepatite colestática (AST 166 U/L, ALT 109 U/L, FA 357 U/L, GGT 384 U/L), sem obstrução biliar em tomografia abdominal. O estudo infeccioso e autoimune foi negativo.

Assumiu-se anemia hemolítica autoimune associada a ICI. Iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia, com melhoria da hemoglobina e resposta reticulocítica, permitindo desmame gradual. Verificou-se também melhoria das provas hepáticas.

Discussão: A anemia hemolítica imunomediada associada à terapêutica com pembrolizumab é rara, surgindo em 0,15-0,25% dos doentes. Esta hipótese deve ser colocada mesmo em doentes com hiporeticulocitose pois, como o caso ilustra, também a reticulocitose recuperou com a corticoterapia, postulando-se o mesmo mecanismo. A melhoria das provas hepáticas poderá ter a mesma explicação.

Com este caso, alertamos para a importância de diagnóstico precoce e respetiva terapêutica, que melhora o prognóstico. Adicionalmente, tratando-se de um efeito adverso de grau III com necessidade de suspensão do fármaco.

PO 281

UMA TETRAPARÉSIA POTENCIALMENTE REVERSÍVEL

Gonçalo Oliveira Ribeiro; Margarida Ribeiro; Carolina Gandra; Francisca Ramos; Francisca Dâmaso; António Carvalho; Susana Jesus; Cândida Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: As vitaminas têm papel fundamental no funcionamento do organismo. O défice de Vitamina B12, essencial na hematopoiese e na síntese de mielina, manifesta-se com anemia megaloblástica, neuropatia e declínio cognitivo. As etiologias mais comuns são a diminuição do consumo na dieta ou a absorção deficitária (anemia perniciosa, doença inflamatória intestinal).

Caso clínico: Homem, 44 anos, com história de hérnias discais cervicais e em L4. Em 01/2026, ida ao serviço de urgência por perda progressiva de força e alteração de sensibilidade nos membros inferiores e dor tipo facada/picada, hipostesia perineal, disfunção erétil e perda ponderal. Objetivamente, força muscular diminuída, hiporreflexia e ataxia dos membros inferiores. Analiticamente, anemia megaloblástica (Hemoglobina 7g/dL, Volume Globular Médio 145fL, Vitamina B12 < 74pg/mL) e hipersegmentação neutrofílica. Tomografia da coluna dorsolombossagrada sem compressão medular/radicular. Avaliação por Neurocirurgia e Neurologia: Tetraparésia atáxica de predomínio crural, com envolvimento sensitivo de padrão neuropático secundário a défice grave de Vitamina B12. Internado no serviço de Medicina para estudo e reposição de vitamina B12. Estudo autoimune com anticorpo anti-célula parietal do estômago positivo. Endoscopia digestiva alta sugestiva de gastropatia atrofica. Biópsias sugestivas de gastrite autoimune. Repôs vitamina B12 e cumpriu programa de reabilitação motora em internamento, com franca melhoria. Por evolução clínica e analítica favorável teve alta com diagnóstico de Anemia Perniciosa e indicação para manter reposição intramuscular de Vitamina B12 e fisioterapia.

Discussão: O caso evidencia manifestações graves do défice de vitamina B12 por Anemia Perniciosa, como neuropatia periférica e anemia megaloblástica. Adicionalmente, o diagnóstico precoce e a reposição vitamínica são essenciais para evitar lesões neurológicas persistentes.

PO 282

DO COMPRIMIDO AO COLAPSO: UM DESAFIO NA SALA DE EMERGÊNCIA

Daniela Soares Ribeiro; Beatriz Tavares; Joana Ferreira Castro; Mariana Oliveira; Abel Alves; Marlene Estácio; Luís Dias
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

As intoxicações por betabloqueadores são uma emergência médica grave que se manifesta por bradicardia, hipotensão, hipoglicemia recorrente, broncospasmo e, ocasionalmente, convulsões.

Mulher, 54 anos. Antecedentes de depressão. Encontrada por familiares prostrada e com respiração ruidosa, com carta de despedida. Sem evidência de embalagens vazias de medicamentos. À chegada dos Bombeiros, com depressão do estado de consciência, hipotensão e bradicárdica. Sem melhoria com flumazenil. Colocada sonda nasogástrica com lavagem, sem saída de partículas; cumpriu com carvão ativado e foi administrada atropina. Crise convulsiva no transporte. Admitida diretamente na Sala de Emergência com *Glasgow Coma Scale* 6, pupilas midriáticas e não reativas, mantendo bradicardia sinusal com ligeiro prolongamento do QT no ECG, e hipotensão refratária a fluidoterapia e a noradrenalina em alta dose (10mg/500cc a 350cc/h). Sem resposta à naloxona. Fez levetiracetam empírico. Gasometria arterial com acidemia mista. Apoio da Medicina Intensiva, realizada intubação orotraqueal e conectada a prótese ventilatória. Perante impossibilidade de confirmar medicação habitual, foi revisto histórico de prescrição, a destacar terapêutica com alprazolam, paroxetina e propranolol. Nesse contexto, administrado glucagon endovenoso (EV) em altas doses (5mg), adrenalina intramuscular e terlipressina EV, com melhoria progressiva do perfil hemodinâmico. Vigilância e prevenção de hipoglicemia. Realizou TC-CE, sem lesões agudas.

Internada na Unidade de Cuidados Intensivos, com possibilidade de suspensão de suporte vasopressor e extubação no dia seguinte. EEG, sem atividade paroxística. Transferida para o Serviço de Medicina Interna por pneumonia de aspiração hipoxemiante, com boa evolução clínica. Avaliada por Psiquiatria, apurando-se atitude impulsiva reativa a problemas familiares, com alegada intencionalidade suicida associada a arrependimento posteriormente. Teve alta com indicação para suspender o propranolol e seguimento em Consulta de Psicologia. Este caso reforça a importância de manter elevada suspeição clínica perante quadro de bradicardia e hipotensão refratárias, destacando o glucagon como antídoto de primeira linha na intoxicação por betabloqueadores e o seu impacto no prognóstico.

PO 283

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – UM EFEITO ADVERSO FARMACOLÓGICO

Gonçalo Oliveira Ribeiro; Margarida Ribeiro; Carolina Gandra; Francisca Ramos; Francisca Dâmaso; António Carvalho; Susana Jesus; Cândida Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A par dos benefícios, os fármacos têm variados efeitos adversos a ter em conta. Fármacos imunossupressores, como o Tacrolimus e o Everolimus, além da maior suscetibilidade a infeções, podem também causar alterações de vários órgãos.

Caso clínico: Mulher, 75 anos, com carcinoma hepato-

celular submetida a transplante hepático em 05/2023, medicada com Tacrolimus e Everolimus e seguida em consulta pós-transplante. Em 01/2026, recorre ao médico por diarreia com 3 dias de evolução, febre e dispneia para pequenos e médios esforços. Analiticamente, parâmetros inflamatórios elevados. Tomografia toracoabdominopélvica sugestiva de inflamação/infeção aguda pulmonar bilateral, iniciando Levofloxacina empírica. À entrada no serviço de Medicina, apresentava agravamento da dispneia e do cansaço, com necessidade de oxigenoterapia. Analiticamente, parâmetros inflamatórios elevados e agravamento da função renal. Pesquisa de vírus respiratórios com PCR positiva para Rhinovírus. Escalada antibioterapia para Piperacilina-Tazobactam por possível pneumonia viral com sobreinfecção bacteriana. Após tomografia foi colocada a hipótese de Pneumonia de Hipersensibilidade causada por Everolimus, que iniciou em 2023. Suspendeu o Everolimus, iniciou corticoterapia em alta dose e manteve o Tacrolimus, cuja titulação da dose durante o internamento foi realizada com o apoio da Unidade de Transplante Hepático, apresentando melhoria clínica. Desmame progressivo de oxigénio e corticoterapia durante o internamento. Alta após evolução clínica e analítica favorável, sob corticoterapia de baixa dose e oxigenoterapia (1L/min).

Discussão: Este caso demonstra os possíveis efeitos nefastos de fármacos fundamentais, sendo essencial o seu reconhecimento para eventual redução de dose ou suspensão/substituição. A associação direta com o fármaco nem sempre é evidente, sendo essencial a suspeita diagnóstica e a monitorização clínica.

PO 284

DOENÇAS CROMOSSÓMICAS RARAS NO ADULTO: A IMPORTÂNCIA DA MEDICINA INTERNA NUM DESAFIO MULTI-SISTÊMICO

Cristina Miranda; Inês Pinto Rodrigues; André Sousa Vares; Rita Matos Sousa; Marta Reisinho Mesquita; Maria João Palavras

Hospital de Braga

A trissomia 20 em mosaico é uma anomalia cromossômica rara com expressão fenotípica variável e prognóstico heterogéneo. A maioria dos dados disponíveis refere-se à idade pediátrica, sendo escassa a literatura sobre a evolução clínica na idade adulta, nomeadamente ao risco de progressão para doença renal crónica terminal. Persistem dúvidas relativamente à vigilância adequada e impacto da transição assistencial nestes doentes.

Descrevemos o caso de uma mulher de 20 anos, autónoma e cognitivamente íntegra, completou o ensino superior.

Seguida previamente em consulta de Pediatria Geral e do Desenvolvimento, Ortopedia, Dermatologia e Cardiologia e Nefrologia pediátricas.

Apresentava rim único congénito, doença renal crónica, escoliose corrigida cirurgicamente, válvula aórtica bicúspide e prolapso da válvula mitral.

Referenciada para consulta de Medicina Interna, para seguimento das diversas comorbilidades.

Verificou-se que tinha perdido o seguimento em consulta de Nefrologia nesta transição para a idade adulta, efetuando-se nova referenciação.

Constatou-se uma subida progressiva da creatinina plasmática, com agravamento súbito em 2025, altura em que se contactou diretamente a Nefrologia. A doente foi referenciada para um centro especializado em transplante renal e encontra-se sob terapêutica com eritropoietina e proposta para transplante renal.

Este caso evidencia a sobrevivência funcional até à idade adulta na trissomia 20 em mosaico, associada a compromisso renal progressivo. A ausência de dados robustos na literatura sobre a evolução da função renal nestes doentes dificulta a definição de estratégias de vigilância e estratificação prognóstica.

A transição assistencial constituiu um momento crítico, cuja falha poderá ter contribuído para o atraso na identificação da deterioração renal. A Medicina Interna assume papel central na coordenação multidisciplinar e na deteção precoce de complicações, podendo influenciar o momento de referenciação para terapêutica substitutiva renal.

PO 285

FRATURA PATOLÓGICA EM ENFERMARIA DE ORTOPEDIA: DIAGNÓSTICO DE PLASMOCITOMA ÓSSEO SOLITÁRIO

Cristina Miranda; Marta Reisinho Mesquita; André Sousa Vares; Rita Matos Sousa; Inês Pinto Rodrigues; Maria João Palavras

Hospital de Braga

O plasmocitoma ósseo solitário é uma neoplasia rara de plasmócitos caracterizada por lesão óssea única, com risco de progressão para mieloma múltiplo. Fraturas patológicas podem constituir a manifestação inaugural, exigindo investigação etiológica direcionada, onde a Medicina Interna desempenha papel central.

Relata-se o caso de uma mulher de 76 anos, internada em Ortopedia por fratura trocantérica direita após traumatismo de baixa cinética. Perante o carácter patológico da fratura, foi solicitada colaboração da Medicina Interna.

O estudo laboratorial revelou pico monoclonal IgG/kappa e alteração do rácio de cadeias leves livres, sem anemia, hipercalcemia ou compromisso da função renal. A Tomografia por Emissão de Pósitrons demonstrou lesão lítica hipermetabólica isolada do fémur direito, sem evidência de outras localizações.

A biópsia óssea confirmou neoplasia de plasmócitos com restrição de cadeias leves kappa. A imunofenotipagem medular revelou 0,8% de plasmócitos, dos quais

93% clonais, com fenótipo CD38+, CD56+, CD19- e CD45-, compatível com proliferação plasmocitária neoplásica, sem critérios medulares de mieloma múltiplo. O internamento foi complicado por trombose venosa profunda do membro inferior direito, tendo sido instaurada anticoagulação. A doente foi referenciada para Hematologia, iniciou corticoterapia e radioterapia, mantendo seguimento multidisciplinar e controlo da doença. Este caso salienta o envolvimento complexo do internista numa patologia aparentemente ortopédica. Sublinha ainda a importância de considerar etiologia neoplásica perante fraturas de baixo impacto, reforçando a necessidade de uma abordagem diagnóstica integrada com dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e histológicos.

A intervenção precoce permitiu diagnóstico atempado, definição terapêutica dirigida e gestão de complicações associadas, evidenciando o papel central da Medicina Interna como visão integradora que transformou um evento ortopédico isolado num diagnóstico oncológico.

PO 286

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA (FOI): ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES (ACG) EM DOENTE COM COMORBILIDADES

Pedro Acuña Rosa; Rita Mendes

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A febre prolongada em doentes idosos com múltiplas comorbilidades representa um desafio diagnóstico significativo. A coexistência de sépsis urinária, pancitopenia e inflamação persistente pode mascarar etiologias inflamatórias sistémicas como a ACG, uma vasculite sistémica cujo prognóstico depende do diagnóstico e tratamento atempados e uma causa pouco frequente de FOI.

Caso clínico: Homem de 82 anos, com antecedentes de neoplasia da próstata, mieloma múltiplo smoldering com bicitopenia crónica seguido em hematologia, anemia perniciosa, asma e hipotireoidismo. Admitido por febre e disúria, tendo evoluído para sepsis com pancitopenia, secundária a pielonefrite a *E. coli*, pelo que foi medicado com meropenem conforme antibiograma e proposto para internamento.

Apesar de resolução da infecção urinária manteve febre com padrão cíclico (12/12h), sudorese, mialgias generalizadas e VS elevada (120 mm/h). Fez rastreio microbiológico (negativo), ecocardiograma (sem endocardite); TC-corpo e PET, sem alterações a revelar progressão de doença oncológica. Discutido com hematologia que excluiu progressão de mieloma, tendo indicado filgrastim para leucopenia, com resposta favorável. Foi pedida a realização de ecodoppler das artérias temporais, com identificação de halo hipoeoico nos ramos parietais compatível com ACG, posteriormente confirmado por biópsia de artéria temporal. Iniciou corticoterapia, com resolução da sintomatologia e apirexia.

Discussão e conclusão: Descreve-se o caso de um doente inicialmente tratado por sépsis urinária, mas cuja febre persistente revelou um diagnóstico de ACG. Ilustra também a complexidade diagnóstica da febre prolongada em doentes com múltiplas comorbilidades, bem como a importância de considerar ACG mesmo na ausência de sintomas clássicos (cefaleia, claudicação mandibular, hipersensibilidade temporal) e o papel decisivo do ecodoppler vascular como ferramenta diagnóstica essencial. Reforça ainda a necessidade de abordagem multidisciplinar e vigilância clínica contínua.

PO 287

ESPONDILODISCITE COM BACTERIÉMIA PERSISTENTE EM DOENTE COM PACEMAKER: QUANDO A REMOÇÃO NÃO É OPÇÃO

Fábio Dinis Alves; Bárbara Fraga Campos;
Eduardo Carvalho Cruz; Ana Beatriz Magalhães;
Vanessa Palha; Narciso Oliveira

Hospital de Braga

Introdução: A espondilodiscite com bacteriémia por *Staphylococcus aureus* representa um desafio diagnóstico e terapêutico. A persistência de bacteriémia levanta a suspeita de foco endovascular, exigindo abordagem multidisciplinar. A identificação e controlo do foco tornam-se mais desafiantes quando existem limitações imagiológicas que condicionam a caracterização da infeção.

Caso clínico: Homem de 71 anos, portador de pacemaker por doença do nó sinusal, admitido por lombalgia incapacitante com 3 semanas de evolução. Analiticamente com elevação franca dos marcadores inflamatórios e TC lombar a mostrar lesão osteolítica em L2 e L3, inicialmente equacionando-se etiologia metastática *versus* infecciosa, tendo iniciado antibioterapia empírica com ceftriaxona e vancomicina. Após positivação de hemocultura com *S. aureus* meticilino-sensível, alterada para cefazolina. Contudo, verificou-se persistência de bacteriémia ao 7º dia, levantando suspeita de foco complicado. Realizou ecocardiograma com suspeita de coleção junto aos eletrocateres e PET com hipercaptação em L2-L3 e músculos psoas, compatível com espondilodiscite. A caracterização da espondilodiscite por ressonância magnética (RMN) não foi possível por incompatibilidade do pacemaker. A necessidade de extração do pacemaker foi discutida com Cardiologia e Infeciologia, sendo considerada de risco elevado, optando-se por estratégia conservadora com antibioterapia prolongada. Cumprir 53 dias de cefazolina, seguidos de cotrimoxazol oral, totalizando 12 semanas de tratamento, com melhoria clínica e analítica, apesar de progressão imagiológica inicial com destruição óssea. Atualmente mantém antibioterapia supressiva com amoxicilina, prevista por pelo menos 1 ano, sem evidência de recidiva infecciosa.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade da abor-

dagem da bacteriemia persistente por *S. aureus* em doentes com dispositivos intracardíacos. A impossibilidade de RMN limitou a avaliação da extensão da infecção, condicionando a decisão terapêutica. A bacteriemia persistente e a impossibilidade de remoção do dispositivo condicionaram a necessidade de terapêutica prolongada e supressiva. Destaca-se o papel da decisão multidisciplinar na definição da estratégia, permitindo controlo infeccioso sem recurso a intervenção cirúrgica.

PO 288

SÍNDROME DE TROUSSEAU FULMINANTE: APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE UM ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

Carla Queirós Da Silva; Maria Almeida Pinto; Arminda Maia; Guilherme Rui Pereira; Maria Margarida Robalo; Carla Maravilha; Sofia Esperança

Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: O adenocarcinoma do pâncreas é uma das neoplasias mais agressivas, frequentemente diagnosticada em estadios avançados. A Síndrome de Trousseau é uma manifestação paraneoplásica bem estabelecida, sendo o cancro do pâncreas um dos tumores com maior potencial pró-trombótico, resultando em eventos tromboembólicos extensos, tanto venosos como arteriais.

Caso clínico: Mulher de 74 anos, admitida por dor no membro inferior direito há um mês, associada a síndrome constitucional com vários meses de evolução. No serviço de urgência, a investigação revelou trombose venosa profunda bilateral e tromboembolismo pulmonar bilateral. Identificou-se, ainda, lesão suspeita na cabeça do pâncreas e múltiplos nódulos pulmonares e hepáticos de características secundárias. Do estudo realizado no internamento, destacou-se elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizada biópsia hepática, que mais tarde confirmou adenocarcinoma do pâncreas. Apesar da instituição de hipocoagulação terapêutica, a doente apresentou uma evolução clínica catastrófica, com fenómenos de trombose arterial *de novo*: isquemia mesentérica aguda e isquemia crítica do membro inferior. A doente faleceu em D14 de internamento, num contexto de falência multiorgânica por hipercoagulabilidade refratária.

Conclusão: Este caso ilustra a agressividade do adenocarcinoma pancreático, onde o estado pró-trombótico paraneoplásico foi a manifestação inaugural e o fator determinante do desfecho fatal. O diagnóstico de eventos trombóticos bilaterais ou em múltiplos territórios sem fator desencadeante aparente deve elevar imediatamente a suspeição para neoplasia oculta, particularmente do foro biliopancreático, onde a janela de intervenção terapêutica é criticamente estreita.

PO 289

NECROSE CUTÂNEA ESCROTAL INDUZIDA POR TERLIPRESSINA: UMA COMPLICAÇÃO ISQUÊMICA RARA

Jessica Angelina De Oliveira; Inês Albergaria; Carolina Anjo; Sónia Santos; Filipa Viegas; João Tavares

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A terlipressina é amplamente utilizada no tratamento do síndrome hepatorenal e da hemorragia digestiva por varizes esofágicas, complicações frequentes da doença hepática crónica. Apesar da sua eficácia, pode associar-se a eventos adversos isquémicos raros, mas potencialmente graves. Sexo masculino, 70 anos, com doença hepática crónica avançada de etiologia etanólica (Child-Pugh B, 7 pontos; MELD-Na 28), internado por primeiro episódio de descompensação, com ascite grau 2 e lesão renal aguda, bem como para estudo de lesões nodulares hepáticas sugestivas de carcinoma hepatocelular multifocal/metastizado (posteriormente confirmado histologicamente). Ao longo dos primeiros dias de internamento e apesar das medidas terapêuticas adotadas, inclusive com albumina (1 g/kg/dia), verificou-se agravamento da função renal; assumiu-se síndrome hepatorenal e iniciou terlipressina em bolus de 1 mg de 6/6 horas. Ao segundo dia de tratamento o doente apresentou agravamento clínico com mau estar generalizado, com rabdomiólise “de novo” (CK 6554 UI/L), o que motivou a suspensão do fármaco. Após 24 horas surgiu dor na região pélvica, objetivando-se presença de edema escrotal associado a lesões cutâneas sugestivas de necrose escrotal. Realizou ecografia urgente e foi avaliado por Urologia, tendo sido submetido a exploração e desbridamento cirúrgico. O doente manteve deterioração progressiva nos dias seguintes, tendo vindo a falecer.

Este caso destaca a necrose cutânea escrotal como complicação isquémica rara da terapêutica com terlipressina, reforçando a importância do reconhecimento precoce e da suspensão imediata do fármaco.

dado que habitualmente ocorre um período de latência significativo entre ambos. O diagnóstico prematuro de CEP constitui por si só um subgrupo de alto risco para CCA, que aqui aliado à imunossupressão, contribuiu para o aparecimento precoce deste último, já numa fase avançada da doença. Portanto, reforça-se a necessidade de vigilância apertada, assim como exclusão de etiologia neoplásica perante sinais de alarme, independentemente da idade.

PO 291

HEPATITE IATROGÉNICA POR TERAPÊUTICA COM ESTATINA – UM EFEITO ADVERSO RARO

Edgar Amaro; Maria Homem Ferreira; Cassiana Vasconcelos; Isabel Castro Guerra; Vander Sabino; Sofia Lourenço
HOSPITAL CASCAIS

Introdução: As Estatinas são fármacos seguros e os efeitos adversos são pouco frequentes. Entre os mais comuns encontram-se distúrbios musculares (mialgias, miosite, rabdomiolise) e a elevação de transaminases.

Caso clínico: Uma mulher de 77 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, diabetes tipo 2, dislipidemia, neoplasia da mama esquerda em remissão, neoplasia da mama direita em remissão e hepatite admitida como iatrogénica secundária a terapêutica com Sinvastatina alguns anos antes, foi admitida no serviço de urgência por náuseas, vômitos alimentares, perda de peso de 3kg, colúria e acolia com cerca de 1 semana de evolução. Referia início de terapêutica com Atorvastatina 10 dias antes da vinda à urgência. À observação, à admissão, a destacar icterícia, lesões de coceira e hepatomegalia. Analiticamente, à admissão, a destacar elevação de transaminases (AST 155 UI/L; ALT 210 UI/L), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 5.71 mg/dL; bilirrubina conjugada 3.73 mg/dL), fosfatase alcalina 305 UI/L e ausência de prolongamento de INR. Durante o internamento, a doente apresentou melhora clínica e analítica, após suspensão de Atorvastatina. As transaminases mantiveram-se em cinética ascendente durante poucos dias (AST máxima 467 UI/L, ALT máxima 525 UI/L) tendo posteriormente entrado em cinética descendente. Também os valores de bilirrubina, FA e GGT diminuíram. Como alternativa terapêutica a Estatinas para a dislipidemia, a doente iniciou primeiramente Ezetimibe, posteriormente Ácido Bempedóico e finalmente Evolocumab, tendo então atingido c-LDL dentro do alvo.

Discussão: Apesar de raros, as estatinas podem apresentar efeitos adversos. Perante uma doente com 2 episódios de hepatite após início de terapêutica com 2 estatinas diferentes, a etiologia será seguramente iatrogénica.

PO 292

DOENÇA DE MADELUNG: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENTE OBESO

Alexandra Agostinho; Estefania Rodrigues; Ana de Carmo Campos
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A lipomatose simétrica múltipla (doença de Madelung ou síndrome de Launois-Bensaude) caracteriza-se por deposição difusa de tecido adiposo não encapsulado, frequentemente simétrica e independente do balanço energético. Está classicamente associada ao etilismo crónico e pode simular obesida-

de, dificultando o diagnóstico. O reconhecimento desta entidade é importante, sobretudo quando a distribuição adiposa é atípica ou suscita suspeita de compressão aerodigestiva.

Caso clínico: Homem melanodérmico de 69 anos, com antecedentes relevantes de doença hepática crónica etanólica com varizes esofágicas, etilismo grave ativo (500g de álcool/dia) e obesidade mórbida sarcopénica (IMC 56,73). Admitido por encefalopatia metabólica no contexto de etilismo agudo e pneumonia de aspiração. Ao exame Objetivo destacava-se acentuada deposição adiposa a nível cervical, ombros e tórax superior. Durante o internamento desenvolveu nova pneumonia de aspiração e episódios recorrentes de engasgamento, levantando a hipótese de doença de Madelung com possível compressão aerodigestiva. A TC cervicotorácica excluiu massas adiposas compressivas responsáveis pela disfagia, mas confirmou lipomatose mediastínica e evidenciou moldagem parcial da via aérea superior por gordura retrofaríngea, compatível com doença de Madelung tipo II.

Discussão: Este caso ilustra a importância de diferenciar obesidade de lipomatose, sobretudo em doentes com etilismo crónico e distribuição adiposa atípica. O reconhecimento da doença de Madelung permite identificar potenciais complicações compressivas e orientar adequadamente a investigação imagiológica e a abordagem terapêutica. Descrevem-se dois padrões principais: o tipo I, caracterizado por massas cervicotorácicas bem delimitadas, predominante em homens com consumo crónico de álcool, e o tipo II, com deposição adiposa mais difusa, frequentemente simulando obesidade. A distinção entre estes padrões tem implicações prognósticas e na estratégia de abordagem clínica. Neste caso, a presença de disfagia e episódios recorrentes de aspiração reforça a necessidade de vigilância clínica e de avaliação multidisciplinar.

PO 293

DOENÇA NEUROLÓGICA FUNCIONAL

Rui Resende Bastos; Joana Barbosa Rodrigues; Glória Nunes Da Silva; António Martins Bastista
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A doença neurológica funcional (DNF) caracteriza-se por sintomas neurológicos causados pelo anormal funcionamento do sistema nervoso, sem alteração da sua estrutura, podendo mimetizar patologias neurológicas agudas como o acidente vascular cerebral (AVC).

Caso clínico: Mulher, 60 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular submetida a ablação recente e perturbação depressiva, recorreu ao serviço de urgência por défice motor no hemisfério esquerdo, cefaleias e astenia, inicialmente sugestivo de AVC isquémico cardioembólico. A tomografia computadorizada cranioencefálica (TC-CE) inicial e de reavaliação não evidenciou lesões agudas e a ressonância magnética cranioen-

cefálica (RM-CE) não demonstrou lesões isquêmicas agudas, apenas alterações crônicas microangiopáticas. O estudo etiológico vascular e cardíaco foi inconclusivo. Perante ausência de correlação imagiológica e evolução clínica com melhoria após início de fisioterapia, foi colocada a hipótese de doença neurológica funcional. A doente iniciou programa de reabilitação com melhoria progressiva da força e da marcha, mantendo seguimento em medicina física e de reabilitação e referência para psiquiatria.

Discussão: A DNF pode manifestar-se com défices motores focais e mimetizar um AVC agudo, constituindo um desafio diagnóstico. A ausência de alterações imagiológicas compatíveis, associada à inconsistência entre os achados clínicos e os exames complementares, bem como a evolução favorável com reabilitação, são elementos que sustentam o diagnóstico. A identificação de sinais clínicos positivos de funcionalidade, aliados à exclusão de patologia estrutural aguda, é fundamental para orientar precocemente a abordagem terapêutica. O tratamento deve ser multidisciplinar, envolvendo neurologia, psiquiatria e medicina física e de reabilitação, com ênfase na explicação clara do diagnóstico ao doente, na reabilitação motora e no acompanhamento de comorbilidades psiquiátricas

PO 294

DOENÇA DE STILL: UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Pedro Acuña Rosa; Rita Mendes

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: A doença de Still no adulto é uma doença inflamatória rara cujo diagnóstico implica achados clínicos e analíticos (critérios de Yamaguchi). O amplo diagnóstico diferencial e quadro heterogêneo podem conduzir a internamento prolongado e múltiplos exames complementares.

Caso clínico: Homem, 73 anos, dependente por deterioração cognitiva progressiva, antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, diabetes mellitus, dislipidemia, doença cerebrovascular isquêmica, etilismo e pneumopatia ocupacional. Internado por prostração, astenia e náuseas com um mês de evolução. Apresentava-se hipotenso com sopro sistólico aórtico de novo e artralgia e edema dos membros inferiores. Analiticamente com anemia grave (5,6 g/dL), PCR 27,6 mg/dL, VS >120 mm/h e ferritina 1349 ng/mL, sem hemólise. Realizou estudo etiológico extenso com exclusão de infeção (hemoculturas, uroculturas e líquido cefalorraquidiano e serologias virais negativas. Ecocardiograma transtorácico e transesofágico sem endocardite.); e neoplasia (TC corpo e coluna sem alterações; endoscopia com gastropatia erosiva e colonoscopia com diverticulose; citologia urinária negativa) RM cerebral com leucoencefalopatia isquêmica e atrofia difusa e EEG sem alterações. PET sem áreas de captação. Biópsia medular com hiperplasia eritroide, alterações

megacariocíticas e depósitos de ferro, compatível com anemia de doença crônica.

O estudo de autoimunidade foi negativo, tendo-se observado hiperferritinemia e ferritina glicosilada baixa (20%). O painel NGS autoinflamatórios não apresentou variantes patogénicas.

Foi assumido tratar-se de doença de Still e iniciou prednisolona que levou à apirexia e melhoria dos parâmetros inflamatórios. Evoluiu favoravelmente com desmame de corticoide e introdução de metotrexato. Teve alta melhorada, com Hb 8,4 g/dL, para seguimento em consulta.

Discussão: Neste caso, a investigação extensa afastou causas infecciosas, neoplásicas e autoimunes. A hiperferritinemia, ferritina glicosilada reduzida e resposta à terapia sustentaram o diagnóstico, apesar da idade avançada e apresentação atípica, sem rash.

PO 295

TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sofia Nunes Teixeira; Ana Rita Pratas; Maria João Lume; Ana Faceira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A tuberculose extrapulmonar pode apresentar-se com envolvimento multissistémico e manifestações inespecíficas. A confirmação microbiológica é frequentemente limitada pela baixa carga bacilar e reduzida sensibilidade dos exames em líquidos serosos.

Mulher, 31 anos, natural de Marrocos, residente em Portugal há um ano. Referia três meses de astenia, anorexia, tosse e sudorese noturna. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia e dor torácica. A radiografia de tórax evidenciou derrame pleural bilateral. A toracocentese revelou líquido pleural com 4780 células/μL (61% linfócitos), glicose 79mg/dL e ADA 34U/L, com microbiologia e PCR negativos. A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica mostrou derrame pleural bilateral, ascite, espessamento peritoneal e das trompas uterinas. A paracentese revelou líquido ascítico com baixo gradiente soro-ascítico, 2773 células/μL (99% mononucleares), glicose 63mg/dL e ADA 64U/L, com microbiologia negativa. A ressonância magnética abdominal confirmou ascite abundante, espessamento peritoneal e densificação do grande omento, não sendo possível excluir carcinomatose. A biópsia peritoneal revelou inflamação granulomatosa. Apesar da ausência de sintomas ou alterações no sedimento urinário, foi efetuada investigação micobacteriológica na urina, tendo sido isolado *Mycobacterium tuberculosis* em cultura. Este caso ilustra as dificuldades diagnósticas da tuberculose extrapulmonar, frequentemente caracterizada por doença paucibacilar e baixa sensibilidade microbiológica em líquidos serosos. A apresentação com polisserosite e achados imagiológicos sugestivos de carcinomatose contribuiu para a complexidade diagnóstica. Apesar da microbiologia negativa inicial, a integração

dos dados clínicos, imagiológicos e histológicos sustentou a suspeita de tuberculose disseminada. Em doentes provenientes de regiões com maior endemicidade, a persistência na investigação diagnóstica é essencial quando a suspeita clínica se mantém elevada.

PO 296

REVIRA(E)VOLTA – DOENÇA DE LYME

Mafalda Maria Santos¹; João Afonso²; Manuel Xavier²; Daniela Diniz²; Ana Corte-Real²; Nuno Pinheiro²; Tânia Gaspar²; Ana F. Rodrigues²; Joana Louro²

¹Unidade de Caldas da Rainha; ²Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Introdução: O bloqueio auriculoventricular (BAV) é uma alteração da condução cardíaca cuja incidência aumenta com a idade, frequentemente por doença degenerativa do sistema de condução, contudo, pode ocorrer em outras patologias sistémicas.

Caso clínico: Mulher de 87 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Medicada com empagliflozina, nifedipina, furosemida, losartan, atorvastatina.

Internamento inicial por síncope e insuficiência cardíaca descompensada, associada a BAV 2:1. Implantado pacemaker sem intercorrências. Durante o internamento apresentou um pico febril isolado, autolimitado e sem foco identificado, tendo tido alta.

Após 7 dias, recorre ao serviço de urgência por febre, dispneia e dor na articulação tibiotársica esquerda. À avaliação: auscultação rítmica, sem sopros, ligeiros crepitações bibasais, temperatura 39 °C e a articulação dolorosa à mobilização, com discreto calor local. Com leucócitos 9000/ul, PCR 12mg/dl, PCT 0,5ng/ml e VS 120mm.

Realizado estudo etiológico de febre sem foco: urina II, urocultura, hemoculturas, estudos endoscópicos e TC de corpo, sem alterações relevantes. Ecocardiograma transtorácico com imagem sugestiva de vegetação na válvula mitral, iniciada antibioterapia empírica (gentamicina, vancomicina e rifampicina). Contudo, o ecocardiograma transesofágico e o PET excluíram infeção, pelo que a antibioterapia foi suspensa.

Posteriormente apresentou episódio de poliartralgia migratória, envolvendo a articulação tibiotársica direita e a metacarpofalângica do primeiro dedo da mão direita, com sinais inflamatórios, febre e elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi então alargado o estudo etiológico, identificando-se IgM positiva para *Borrelia burgdorferi*. Iniciou Doxiciclina, com resolução da febre e melhoria progressiva.

Conclusão: A evolução clínica com BAV, episódios febris e artralguas migratórias ilustra a natureza multifacetada da doença de Lyme e o desafio diagnóstico associado, sobretudo em doentes idosos e com comorbilidades.

PO 297

FECALOMA COMPLICADO COM MEGACÓLON: DE OBSTIPAÇÃO CRÓNICA A EMERGÊNCIA CIRÚRGICA

Sofia Nunes Teixeira; Ana Rita Pratas; Ana Faceira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A obstipação crónica é uma condição frequente, habitualmente benigna, mas que pode ocasionalmente evoluir para complicações graves, como fecaloma e megacólon, com risco de obstrução intestinal, isquemia cólica e deterioração sistémica. O reconhecimento precoce destas situações é fundamental para evitar progressão para emergência cirúrgica.

Homem, 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apneia obstrutiva do sono, obesidade, rim único e obstipação crónica. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal hipogástrica e náuseas com 3 dias de evolução, referindo ausência de dejeções há cerca de 15 dias. À admissão apresentava abdómen globoso, mole e depressível, sem sinais de irritação peritoneal, TA 112/57mmHg e FC 109bpm. Analiticamente apresentava leucocitose (12000/μL) e PCR 40mg/L. A radiografia abdominal evidenciou dilatação de ansas com níveis hidroaéreos, e a tomografia computadorizada revelou importante carga fecal no cólon sigmoide proximal associada a dilatação cólica difusa a montante, com calibre máximo de 9.8cm. Após tentativa de otimização da terapêutica laxante, foi realizada retossigmoidoscopia, identificando-se fecaloma impactado com ulceração da mucosa adjacente, sem possibilidade de progressão. Durante a permanência no serviço de urgência ocorreu agravamento clínico com acidemia respiratória e hiperlactacidemia, e elevação progressiva de CK e mioglobina. Perante deterioração clínica rápida, o doente foi entubado e submetido a laparotomia urgente, tendo sido identificado megacólon associado a fecaloma impactado. Foi realizada colectomia subtotal com anastomose ileocólica.

O fecaloma constitui uma complicação rara da obstipação crónica e pode causar obstrução cólica e distensão significativa do cólon, com potencial compromisso sistémico. Este caso ilustra a possível evolução rápida com necessidade de intervenção cirúrgica urgente, salientando a importância do reconhecimento precoce destas complicações.

PO 298

DO OLHO AO TODO: A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA

Sofia Nunes Teixeira; Ana Rita Pratas; Ana Faceira; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

A paracentral acute middle maculopathy (PAMM) e a acute macular neuroretinopathy (AMN) são entidades retinianas raras associadas a isquemia da circulação capilar profunda da retina. Podem ocorrer em associação com estados pró-trombóticos, doenças inflamatórias ou infeções víricas,

Mulher de 33 anos, encaminhada à consulta de Medicina Interna para estudo etiológico de alterações visuais recentes, classificadas em avaliação oftalmológica como possível PAMM ou AMN. Referia cefaleias recorrentes (1–2 episódios semanais) com alívio após anti-inflamatório. Um mês antes apresentou episódio de cefaleia mais intensa que o habitual, seguido no dia seguinte de astenia, visão turva e alterações transitórias da sensibilidade do membro superior esquerdo, com resolução espontânea ao longo de cerca de uma semana. Da história epidemiológica destacava-se internamento recente da filha por meningite vírica por Enterovírus, com alta no dia anterior ao início da sintomatologia da doente. Perante a relação temporal entre a exposição a infeção vírica e o início da sintomatologia, foi realizada investigação dirigida para exclusão de causas autoimunes, pró-trombóticas, e outras causas infecciosas, que foi negativa.

PAMM e AMN correspondem a manifestações de isquemia da retina profunda e podem associar-se a diversas condições sistémicas. Neste caso, a história clínica e epidemiológica revelou-se determinante para a orientação diagnóstica. A relação temporal clara entre o início dos sintomas e a exposição recente a infeção por Enterovírus permitiu estabelecer precocemente a hipótese de fenómeno microvascular retiniano associado a infeção vírica. A investigação complementar realizada teve essencialmente como Objetivo excluir outras etiologias sistémicas relevantes. Este caso ilustra como uma anamnese detalhada pode ser determinante na orientação do diagnóstico, mesmo perante entidades clínicas raras.

PO 299

QUANDO UM AVC NÃO É UM SIMPLES AVC

Diogo Morgado; Mariana Da Cruz; Pedro Freitas; Ana Andrade Oliveira; Ana Sofia Ramôa; Carla Fidalgo; Rosário Calado

Hospital de Braga

Introdução: As vasculites associadas a anticorpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA) são doenças autoimunes inflamatórias sistémicas raras que englobam três fenótipos clinicopatológicos: a poliangeíte microscópica, a granulomatose com poliangeíte e a granu-

lomatosose eosinofílica com poliangeíte. Na poliangeíte microscópica o envolvimento neurológico é raro representando apenas cerca de 1-8%.

Caso clínico: Homem, 68 anos, antecedentes de hipertensão arterial, fibrilação auricular, uveíte anterior (2015) e 2 episódios de hemoptises autolimitadas (2015 e 2024). Perdeu seguimento médico por incumprimento. Admitido no serviço de urgência após ter sido encontrado caído, sonolento, discurso incompreensível, referência a osciloscopia, tonturas, ataxia da marcha e disartria severa com início nas 24 horas prévias. Objetivamente escala coma de Glasgow 9 e disartria severa. AngioTC CE a evidenciar enfarte lacunar recente no aspeto anterior do tálamo direito e presença de enfartes lacunares antigos lenticulo-capsulares, bilateralmente. Assumido enfarte cerebral é internado no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. VS 72 mm/h, PCR 72.36 mg/L. Anti-M-PO positivo (>860U/mL). Lesão renal aguda KDIGO 2. Ureia 139 mg/dL, sCr 2.0 mg/dL. Sedimento urinário activo, >50 eritrócitos, eritrócitos dismórficos. Rácios Prot/Cr urina pontual 0.6 mg/mG, Albu/Cr Urina pontual 236 mg/g. U24h Proteinúria 0.6 g/24h; Albuminúria 233mg/24h, Eritrocitúria com disformia (GV 200 u/L). RMN CE com alterações sugestivas de processo vasculítico. Punção lombar com pleocitose, sem consumo de glicose, proteinorráquia. Confirmando diagnóstico de Vasculite ANCA com atingimento do SNC e renal. Iniciou imunossupressão com corticoterapia e rituximab com melhoria da função renal, resolução dos défices neurológicos, sob reabilitação funcional.

Discussão: A baixa prevalência obriga a um elevado grau de suspeição, esboçando como alterações sub-tis pulmonares ou uveítes podem ser ignoradas. Neste caso, a coexistência das alterações imagiológicas, foram determinantes para ampliar estudo etiológico. As alterações neurológicas estão mais frequentemente associadas a PR3-ANCA. O tratamento passa pela combinação de corticoterapia (1 mg/kg de prednisolona) e rituximab, podendo a ciclofosfamida ser alternativa.

PO 300

ENTRE A TOXICIDADE E O TUMOR: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA GRAVE EM DOENTE COM CARCINOMA DO PULMÃO

Inês Albernaz Moreira¹; Carolina Silva Câmara¹; Miguel Oliveira¹; Ricardo Raposo¹; Liliana Carneiro²

¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; ²Hospital Pedro Hispano

Introdução: A imunoterapia com inibidores de *checkpoint*, como o pembrolizumab, revolucionou o tratamento do carcinoma pulmonar não pequenas células avançado. Contudo, pode associar-se a toxicidade imunomediada, cuja distinção de progressão tumoral ou infeção respiratória constitui um desafio clínico. Este caso ilustra a complexidade diagnóstica e tera-

pêutica num doente com carcinoma pulmonar estágio IV, com agravamento respiratório precoce após o primeiro ciclo de imunoterapia.

Caso clínico: Homem de 69 anos, com diagnóstico recente de carcinoma do pulmão, estágio IV, com metastização pulmonar bilateral e adenopática mediastínica/hilar, inicia pembrolizumab. Uma semana após, apresenta agravamento progressivo de dispneia, tosse produtiva e aumento da necessidade de oxigénio. Durante o internamento, sem evidência de infeção, mantém insuficiência respiratória hipoxémica grave, com necessidade de Oxigénio Nasal de Alto Fluxo (ONAF) até 50 L/min e FiO₂ 55%. Instituída corticoterapia de alta dose, sem melhoria clínica ou gasimétrica. Assumida progressão rápida da doença neoplásica, pelo que realiza quimioterapia com carboplatino + pemetrexedo. Após, com rápida melhoria da dispneia e redução progressiva da necessidade de oxigénio para cânula nasal a 2–3 L/min, permitindo a alta e o seguimento em domicílio.

Discussão: Este caso evidencia a dificuldade em distinguir pneumonite imunomediada precoce de progressão tumoral fulminante. Embora a pneumonite associada a pembrolizumab seja uma complicação reconhecida, a ausência de resposta a corticoterapia de alta dose e o agravamento imagiológico sustentado favoreceram a hipótese de progressão tumoral. A decisão de iniciar quimioterapia em contexto de insuficiência respiratória grave foi ponderada e suportada por discussão multidisciplinar, resultando numa melhoria clínica significativa e permitindo uma melhor qualidade de vida.

PO 301

BURSITE DO OMBRO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ENDOCARDITE POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Joana Sofia Rego; Diane Pimenta; Magda Sousa; Flávia Santos; Carlos Fernandes; Glória Alves
ULSAAVE

Introdução: A endocardite infecciosa pode apresentar manifestações clínicas inespecíficas, dificultando o diagnóstico precoce. O reconhecimento de apresentações atípicas e a identificação do foco infeccioso são fundamentais para a instituição de terapêutica adequada e prevenção de complicações.

Caso clínico: Homem de 69 anos, autónomo, com antecedentes de dislipidemia, internado por febre elevada (>39 °C) e mal-estar geral com cinco dias de evolução, associados a dor cervical e omalgia direita com limitação da mobilidade do ombro. Analiticamente apresentava elevação marcada dos parâmetros inflamatórios (PCR 244 mg/L), sem leucocitose.

A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica não revelou alterações sugestivas de foco séptico. A avaliação imagiológica do ombro direito identificou

bursite subdeltoideia, inicialmente interpretada como patologia inflamatória local. Contudo, as hemoculturas previamente colhidas evidenciaram crescimento de *Streptococcus agalactiae*, tendo sido iniciada antibioterapia dirigida com ceftriaxone.

O ecocardiograma transtorácico revelou uma estrutura filiforme hiperecogénica na válvula tricúspide compatível com vegetação, confirmando o diagnóstico de endocardite infecciosa.

Durante o internamento foi realizada avaliação estomatológica, que identificou restos radiculares e múltiplas cáries dentárias potencialmente constituindo foco odontogénico de infeção, tendo sido realizada exodontia das peças dentárias afetadas.

O doente cumpriu antibioterapia endovenosa dirigida durante quatro semanas, com melhoria clínica, normalização progressiva dos parâmetros inflamatórios e negatização das hemoculturas. O ecocardiograma de reavaliação demonstrou igualmente resolução da vegetação previamente descrita.

Discussão: Este caso sublinha que manifestações musculoesqueléticas aparentemente isoladas podem constituir a primeira manifestação de endocardite infecciosa. Destaca ainda o papel da avaliação odontológica na identificação de focos infecciosos potencialmente responsáveis pela bacteriemia. A integração dos dados clínicos, microbiológicos e imagiológicos foi determinante para o diagnóstico precoce e orientação terapêutica adequada.

PO 302

PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO: UMA DOENÇA RARA A REVELAR-SE ATRAVÉS DA POLIVASCULOPATIA

Mónica O. Rodrigues; Francisca Ferreira Borges; Margarida Brandão De Menezes; Beatriz Câmara Lourenço; Fábio Murteira; João Luís Miranda
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O pseudoxantoma elástico (PXE) é uma doença hereditária rara do tecido conjuntivo, causada por mutações no gene ABCC6, que se associa à mineralização anormal das fibras elásticas da pele, retina, sistemas gastrointestinal e vascular, neste último resultando num estreitamento progressivo dos vasos predispondo a fenómenos isquémicos. Habitualmente apresenta transmissão autossómica recessiva e evolução crónica, insidiosa. O reconhecimento de casos atípicos, mesmo em idades avançadas, é essencial para uma estratificação adequada do risco vascular e para o aconselhamento familiar.

Caso clínico: Homem, 77 anos, autónomo, com história de estrias angioides oculares diagnosticadas aos 20 anos e doença coronária crónica, claudicação intermitente e estenoses carótidas bilaterais desde os 70 anos. Sem alterações cutâneas previamente valorizadas, foi referenciado à consulta de medicina interna por suspeita de PXE. Ao exame físico com pele occipital e

axilar com textura rugosa tipo peau d'orange e ligeira redundância cutânea. Do ponto de vista cardiovascular, com doença aterosclerótica coronária, carotídea e ilíofemoral, dislipidemia e tensão arterial não controlada. A sequenciação do gene ABCC5 identificou uma deleção patogénica em homozigotia envolvendo os exões 23 a 29, compatível com o diagnóstico de PXE. Face ao diagnóstico, foi proposto aconselhamento genético familiar e otimização dos fatores de risco vascular.

Discussão: O PXE raramente é diagnosticado após a sexta década, podendo ser confundido com aterosclerose prematura esporádica. Caracteriza-se pela tríade de lesões cutâneas, retinianas (estrias angioides) e envolvimento vascular arterial periférico e coronário. Este caso destaca que, perante a presença de doença aterosclerótica polivascular e estrias angioides, devem-se considerar causas genéticas raras como o PXE. O diagnóstico precoce e a confirmação molecular é essencial, permitindo o rastreio familiar e prevenção precoce de complicações da doença.

PO 303

BACTERIEMIA PERSISTENTE REVELANDO ESPONDILODISCITE LOMBAR COM ABCESSO DO PSOAS: UM DESAFIO CLÍNICO

Joana Sofia Rego; Diane Pimenta; Joana Frazão;
Ana Luís Ferreira; Inês Ferreira; Sara Freitas; Glória Alves
ULSAAVE

Introdução: A espondilodiscite infecciosa é uma entidade potencialmente grave, frequentemente associada a diagnóstico tardio e elevada morbilidade. A presença de bacteriemia persistente e complicações associadas, como abscesso do músculo psoas, aumenta a complexidade diagnóstica e terapêutica.

Caso clínico: Homem de 53 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 com retinopatia e etilismo crónico, internado por choque séptico com ponto de partida em celulite do membro inferior direito, associado a bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensível à metilicina (MSSA). Durante o internamento manteve febre persistente e lombalgia de novo, motivando investigação imagiológica.

A tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica identificou coleção no músculo psoas esquerdo, compatível com abscesso, posteriormente drenado por via percutânea. A ressonância magnética lombar confirmou espondilodiscite em D12-L1, com extensão inflamatória paravertebral e envolvimento do músculo psoas, sem evidência de compromisso neurológico ou invasão do canal vertebral.

O estudo microbiológico documentou hemoculturas persistentemente positivas para MSSA e, posteriormente, isolamento de *Enterococcus faecium* resistente à ampicilina. Foi ainda considerada a hipótese de endocardite infecciosa, não confirmada após avaliação ecocardiográfica e tomografia por emissão de posi-

trões. Foi instituída antibioterapia prolongada dirigida, com ajuste sequencial conforme os isolamentos microbiológicos, incluindo vancomicina durante 86 dias. Apesar de agravamento imagiológico vertebral em avaliação intermédia, verificou-se melhoria clínica progressiva, com apirexia sustentada, normalização dos parâmetros inflamatórios e resolução do abscesso do psoas. Na ausência de défices neurológicos ou instabilidade vertebral, manteve-se abordagem conservadora, com evolução favorável.

Discussão: Este caso evidencia a complexidade da abordagem da espondilodiscite em contexto de bacteriemia persistente e destaca a possibilidade de dissociação clínico-imagiológica, com progressão das alterações vertebrais em exames de controlo apesar de evolução clínica favorável. Estes achados reforçam a importância da integração clínica e da abordagem multidisciplinar na decisão terapêutica.

PO 304

POLIARTRALGIAS COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA DE ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida;
Marta Valentim; Maria João Lume
HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

As síndromes paraneoplásicas reumatológicas podem constituir a primeira manifestação de neoplasias. Caracterizam-se frequentemente por artralrias ou polimialgia inflamatória de início recente, refratária à terapêutica habitual, devendo motivar investigação etiológica para doença neoplásica subjacente.

Mulher de 69 anos admitida por quadro de prostração, astenia, diminuição da força muscular e incapacidade para elevação dos membros superiores, associado a artralrias na cintura escapular e pélvica refratárias a terapêutica anti-inflamatória. Analiticamente apresentava síndrome inflamatória sem foco identificado. No estudo etiológico realizou tomografia computadorizada de corpo que revelou um gânglio heterogéneo no nível cervical III e uma massa nodular exofítica na transição corpo/cauda do pâncreas com necrose central, condicionando dilatação do ducto pancreático a montante. Foi realizada ecoendoscopia com biópsia da lesão pancreática, cujo exame histológico foi compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado. A PET-CT de estadiamento demonstrou múltiplas adenopatias hipermetabólicas sugestivas de metastização, nomeadamente nas cadeias ilíaca externa esquerda, ilíaca comum direita, lombo-aórtica, mesentérica e supraclavicular esquerda. Em reunião multidisciplinar de grupo oncológico hepatobiliar foi decidida realização de core biopsy do gânglio supraclavicular, que confirmou metastização. As manifestações articulares foram interpretadas no contexto de síndrome paraneoplásica inflamatória associada à neoplasia. Foi iniciada corti-

coterapia sistêmica, com melhoria clínica significativa das artralguas e da limitação funcional.

As manifestações reumatológicas paraneoplásicas podem preceder o diagnóstico de neoplasia e mimetizar doenças reumatológicas inflamatórias, como polimialgia reumática. A ausência de resposta à terapêutica convencional e a presença de síndrome inflamatório sem causa aparente devem levantar suspeita de doença maligna subjacente. Este caso destaca a importância de considerar síndromes paraneoplásicas no diagnóstico diferencial de artralguas inflamatórias de início recente em idade avançada, permitindo identificar precocemente neoplasias ocultas e orientar adequadamente a abordagem terapêutica.

PO 305

DE DOR DE GARGANTA À DIÁLISE: UM CASO DE GLOMERULONEFRITE PÓS- ESTREPTOCÓCICA NO ADULTO

Inês Albernaz Moreira; Ricardo Raposo; Carolina Silva Câmara; Miguel Oliveira; Nuno Almeida

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: As infecções por *Streptococcus pyogenes* manifestam-se comumente através de faringite ou infecções da pele, principalmente em crianças. No entanto, podem apresentar complicações imunomediadas, causando lesão renal aguda. A glomerulonefrite (GN) pós-estreptocócica é uma complicação comum em crianças, mas rara no adulto jovem.

Caso clínico: Homem de 33 anos, saudável, recorre ao Serviço de Urgência por febre e tumefação cervical esquerda dolorosa. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda (ureia 215 mg/dL; creatinina 5,3 mg/dL) com proteinúria, leucocitúria e eritrocitúria e isolamento de *Streptococcus pyogenes* em hemoculturas. Realiza Tomografia computadorizada cervical que revela adenofleimão/miosite do musculo esternocleidomastoideu e ecografia renovesical sugestiva de nefropatia. Assumido diagnóstico de glomerulonefrite pós-estreptocócica. Doente com quadro sugestivo de faringite/amigdalite cerca de 2 semanas antes, autolimitado sem recurso a antibioterapia. Realiza ecocardiograma transtorácico que exclui endocardite. Cumpre com 7 dias de antibioterapia com resolução do adenofleimão. Evolui favoravelmente após introdução de terapêutica diurética e Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), com normalização da função renal e resolução de proteinúria, sem necessidade de diálise.

Discussão: Este caso ilustra três complicações de infecção estreptocócica: adenofleimão/miosite, bacteriemia e glomerulonefrite pós-estreptocócica. Enquanto o adenofleimão e a bacteriemia poderiam ter sido prevenidas por introdução de antibioterapia precoce, a GN pós-estreptocócica é uma complicação imunomediada sem relação com antibioterapia. Apesar de ser

a causa mais comum de GN em crianças, com bom prognóstico associado, nos adultos é rara e apresenta um prognóstico mais variável com risco de hipertensão arterial, proteinúria persistente e doença renal no futuro. O tratamento passa por controlo de volume e da hipertensão arterial.

PO 306

HIPOTENSÃO E HIPOGLICEMIA EM DOENTE SOB PEMBROLIZUMAB: QUANDO SUSPEITAR DE HIPOFISITE

Joana Sofia Rego; Diane Pimenta; Magda Costa; Flávia Santos; Carlos Fernandes; Glória Alves

ULSAAVE

Introdução: Os inibidores dos checkpoints imunológicos revolucionaram o tratamento de várias neoplasias, incluindo o adenocarcinoma pulmonar metastático. Contudo, estão associados a eventos adversos imunomediados, entre os quais se destacam as endocrinopatias. A hipofisite é uma complicação rara, podendo manifestar-se por insuficiência hipofisária aguda e constituir uma emergência clínica.

Caso clínico: Homem de 59 anos, com adenocarcinoma do pulmão estágio IV, com metastização cerebral e óssea, sob terapêutica com pembrolizumab, internado por episódio agudo de alteração do estado de consciência associado a hipotensão e hipoglicemia sintomática.

O estudo analítico revelou cortisol sérico marcadamente reduzido (0,9 µg/dL), tendo posteriormente sido documentada ACTH suprimida (<5 pg/mL), compatível com insuficiência adrenal central. A restante avaliação hormonal não revelou alterações significativas. A tomografia computadorizada cranioencefálica não evidenciou alterações agudas. A ressonância magnética da hipófise demonstrou sela turca ampla com provável aracnoidocelo selar, sem sinais imagiológicos sugestivos de hipofisite.

Perante a suspeita clínica de hipofisite imunomediada associada à terapêutica com inibidor do checkpoint imunológico, foi iniciada corticoterapia sistêmica, com resolução da hipotensão e da hipoglicemia. O pembrolizumab foi temporariamente suspenso e o doente teve alta sob terapêutica substitutiva com hidrocortisona. Em seguimento subsequente manteve estabilidade clínica, sem recorrência de episódios de hipotensão ou hipoglicemia.

Discussão: Este caso evidencia a importância de reconhecer a Hipofisite como evento adverso imunomediado associado à terapêutica com inibidores do checkpoint imunológico. O diagnóstico pode ser predominantemente clínico-laboratorial, mesmo na ausência de alterações imagiológicas, sendo fundamental para a instituição precoce de terapêutica adequada e prevenção de complicações potencialmente graves.

PO 307

PARAGANGLIOMA INTERAORTO-CAVA COMO CAUSA DE DESCOMPENSAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

Ana Cordeiro Gomes; Betina Rocha; Jorge Almeida;
Marta Valentim; Maria João Lume
HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

Os paragangliomas são tumores neuroendócrinos raros que se localizam ao longo da cadeia simpática. A apresentação clínica é variável e nem sempre associada a hipersecreção de catecolaminas, o que dificultar o diagnóstico. Em doentes com múltiplas comorbilidades, estas lesões podem contribuir para descompensações clínicas recorrentes.

Mulher de 58 anos com antecedentes de doença de Castleman com envolvimento do interstício pulmonar, adenomegalias em estudo e cardiopatia reumática com estenose mitral. Apresentava múltiplos internamentos por insuficiência respiratória tipo 1 e episódios de agudização de insuficiência cardíaca, associados a hipertensão pulmonar e trombozes de repetição. No contexto de investigação etiológica foi realizada PET-CT e angio-TC abdominal, que identificaram uma formação nodular interaorto-cava sugestiva de paraganglioma. Admitiu-se que esta lesão pudesse contribuir para a instabilidade cardiorrespiratória, agravamento da hipertensão pulmonar e alterações do interstício pulmonar. A doente foi submetida a exérese cirúrgica da massa retroperitoneal. O exame histológico revelou neoplasia capsulada com padrão “zellballen”, constituída por ninhos celulares compatíveis com paraganglioma retroperitoneal moderadamente diferenciado (GAPP score 5). A imunohistoquímica demonstrou expressão de cromogranina e sinaptofisina, ausência de CK8/18 e expressão preservada de SDHB, com índice proliferativo Ki-67 de 1,5%. Margens cirúrgicas livres. Após exérese, a cintigrafia com MIBG não evidenciou captação patológica e o estudo bioquímico (catecolaminas e metanefrinas) foi normal. PET-DOPA posterior não demonstrou evidência de doença residual ou metastática.

Os paragangliomas retroperitoneais podem ser clinicamente silenciosos e diagnosticados incidentalmente em estudos imagiológicos. A ressecção cirúrgica permanece o tratamento de eleição, sendo fundamental a avaliação anatomopatológica e imagiológica para estratificação prognóstica. Este caso evidencia a importância de considerar tumores neuroendócrinos raros no diagnóstico diferencial de descompensações cardiorrespiratórias recorrentes e achados imagiológicos retroperitoneais, destacando o papel da abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento.

PO 308

FEBRE PERSISTENTE E CITOPENIAS: UM ENIGMA DIAGNÓSTICO QUE REVELOU TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

Joana Sofia Rego; Diane Pimenta; Magda Costa;
Flávia Santos; Carlos Fernandes; Glória Alves
ULSAAVE

Introdução: A tuberculose extrapulmonar pode apresentar manifestações inespecíficas, mimetizando doenças infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas. A linfadenite tuberculosa é a forma extrapulmonar mais frequente e pode associar-se a resposta inflamatória sistémica. Em situações raras pode coexistir um síndrome hiperinflamatório, como a linfohistiocitose hemofagocítica (HLH), dificultando o diagnóstico etiológico.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, admitido por febre, tosse seca, rinorreia, astenia e sudorese noturna com quatro dias de evolução. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável e sem insuficiência respiratória. Analiticamente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios e bicitopenia. A tomografia computadorizada toracoabdominopélvica revelou nodularidades centrolobulares com padrão em “árvore em brotamento” e adenopatias mediastínicas inespecíficas. Foi iniciada antibioterapia de largo espectro por suspeita de infeção respiratória bacteriana, sem melhoria clínica. Durante o internamento manteve febre persistente e agravamento inflamatório, apesar da escalada antibiótica e investigação microbiológica inicial negativa.

A tomografia por emissão de positrões demonstrou hipercaptação em adenopatias látero-cervicais e mediastino-hilares, associada a captação hepatoesplénica difusa. Perante febre persistente, citopenias, hiperferritinémia marcada e hipertrigliceridemia, colocou-se a hipótese de HLH secundária, tendo sido iniciada corticoterapia.

A biópsia excisional de adenopatia supraclavicular revelou linfadenite granulomatosa necrotizante com bacilos álcool-ácido resistentes, compatível com etiologia micobacteriana. Foi instituída terapêutica antibacilar, com resolução progressiva da febre e melhoria clínica e laboratorial.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da tuberculose extrapulmonar quando se apresenta com febre persistente, citopenias e adenopatias generalizadas, podendo mimetizar doença linfoproliferativa ou síndrome hiperinflamatório. A biópsia ganglionar foi determinante para o diagnóstico definitivo, reforçando a importância de considerar tuberculose no diagnóstico diferencial da febre de origem indeterminada.

PO 309

ERITEMA NODOSO COMO PISTA DIAGNÓSTICA DE SARCOIDOSE: DOIS CASOS DE SÍNDROME DE LÖFGREN

Joana Sofia Rego; Diane Pimenta; Joana Frazão; Sara Freitas; Glória Alves
ULSAAVE

Introdução: A Sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos e por manifestações clínicas heterogêneas. A Síndrome de Löfgren constitui uma forma aguda de apresentação da doença, definida pela tríade de eritema nodoso, adenopatias hilares bilaterais e artralgias, estando geralmente associada a evolução autolimitada e prognóstico favorável.

Casos clínicos: Apresentam-se dois casos de síndrome de Löfgren diagnosticados em contexto de Medicina Interna.

O primeiro refere-se a uma mulher de 43 anos referenciada por eritema nodoso e poliartralgias com predomínio nos tornozelos, parcialmente responsivas a anti-inflamatórios não esteroides, tendo posteriormente realizado corticoterapia oral durante um mês, com posterior desmame. Na primeira consulta de Medicina Interna apresentava-se assintomática, com resolução das artralgias e das lesões cutâneas. A radiografia torácica evidenciou linfadenopatia hilar bilateral, confirmada por tomografia computadorizada com adenopatias mediastínicas e hilares. A investigação etiológica foi negativa. O lavado broncoalveolar demonstrou alveolite linfocítica com relação CD4/CD8 aumentada (4,9), sendo a avaliação funcional respiratória normal. Estabeleceu-se o diagnóstico clínico de Síndrome de Löfgren, com evolução favorável sob abordagem conservadora.

O segundo caso corresponde a uma mulher de 29 anos internada por artrite dos tornozelos e joelho associada a eritema nodoso e febre. O estudo revelou elevação dos reagentes de fase aguda, adenopatias mediastínicas e alterações em vidro despolido. O lavado broncoalveolar evidenciou relação CD4/CD8 marcadamente aumentada (18,4), sustentando o diagnóstico de Sarcoidose. Foi instituída corticoterapia oral com melhoria clínica progressiva.

Discussão: Estes casos ilustram a importância do reconhecimento da tríade eritema nodoso, artrite e adenopatias hilares como apresentação típica da Síndrome de Löfgren. O diagnóstico baseia-se na integração de dados clínicos, imagiológicos e do lavado broncoalveolar após exclusão de diagnósticos diferenciais. O tratamento é habitualmente conservador, podendo recorrer-se a anti-inflamatórios ou corticoterapia nos casos sintomáticos, com prognóstico globalmente favorável.

PO 310

DIARREIA CRÔNICA NA DIABETES MELLITUS TIPO 1: ENTRE ENTEROPATIA E HELMINTÍASE NÃO TRATADA

Claudio Coelho; Marta Matos Pereira; Ana Garrido Gomes; Eduardo Viana; Neireida Monteiro; José Miguel Gonçalves; Inês Ferreira

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Em doentes com diabetes mellitus tipo 1, a diarreia e dor abdominal são frequentemente atribuídas a enteropatia diabética, mas infeções crônicas adquiridas em áreas endêmicas podem coexistir e ser subtratadas. Este caso ilustra uma abordagem faseada perante as queixas flutuantes e exames complementares iniciais não esclarecedores.

Caso clínico: Homem, 19 anos, DM1 desde há 6 anos, com mau controlo metabólico e episódios prévios de cetoacidose. Referia há cerca de 1 ano dor abdominal em cólica, intensa e intermitente (flancos bilaterais, alívio em posição fetal), com história de diarreia aquosa frequente, com períodos assintomáticos. Analiticamente com citocolestase prévia que flutuava com a hemoglobina A1c, na avaliação atual com transaminases e gama-GT normalizadas, com fosfatase alcalina isoladamente elevada e hiperbilirrubinémia indireta ligeira. A ecografia evidenciou hepatomegalia e baço descrito como pequeno/heterogêneo; tomografia computadorizada confirmou hepatomegalia ligeira e baço de dimensões normais com baços acessórios. Do estudo de diarreia: anticorpos para doença celíaca negativa, calprotectina fecal normal, coproculturas/parasitológicos negativos e antígeno de Giardia negativo. A serologia para Schistosoma era francamente positiva (título elevado), e o doente não tinha história prévia de tratamento documentado, pelo que foi orientado para consulta de Infeciologia para terapêutica com praziquantel. Considerou-se, em paralelo, enteropatia diabética como contributo para a sintomatologia.

Discussão: A sobreposição de causas na diarreia diarreia crônica é frequente: a dismotilidade associada à DM1 pode justificar dor tipo cólica e episódios de diarreia, mas uma serologia fortemente positiva para Schistosoma, sem confirmação de tratamento, obriga a reavaliação etiológica e referenciação para tratamento. A ausência de inflamação (calprotectina normal) e de agentes infecciosos comuns não exclui helmintíase crônica. O caso reforça a importância de rever o contexto epidemiológico, da verificação de ciclos de tratamento prévio e de uma abordagem que permita aferir causas funcionais e infecciosas, evitando diagnósticos incorretos.

PO 311

SÍNDROME SAPHO REFRATÁRIA COM PSORÍASE PARADOXAL SOB ANTI-TNF: RESPOSTA APÓS INIBIÇÃO DE IL-17

Ana Filipa Da Cunha Martins; Rita Matos Sousa;
Cleide Moreira José Maria; Alexandra Mendes;
Maria João Costeira Pereira; Ana Isabel Andrade;
Rosa Carvalho; Joana Morais; Maria João Regadas
Hospital Braga

Introdução A síndrome SAPHO é uma doença autoinflamatória rara caracterizada por manifestações osteoarticulares e dermatoses neutrofílicas, particularmente pustulose palmoplantar. O diagnóstico e a abordagem terapêutica são desafiantes devido à atividade inflamatória flutuante e à sobreposição com espondiloartrites. A terapêutica biológica tem sido utilizada em casos refratários, embora possa associar-se a reações paradoxais cutâneas.

Caso clínico: Mulher de 43 anos com diagnóstico de síndrome SAPHO, previamente medicada durante vários anos com anti-inflamatórios não esteroides, com alívio apenas parcial da dor. Perante persistência de dor inflamatória axial e da parede torácica anterior, iniciou metotrexato, sem controlo adequado da doença. Foi então introduzido adalimumab 40 mg quinzenalmente, com melhoria inicial das queixas musculoesqueléticas e das lesões cutâneas típicas. Após alguns meses, verificou-se agravamento da pustulose palmoplantar, aparecimento de placas psoriasiformes no couro cabeludo e áreas intertriginosas, bem como recidiva de lombalgia inflamatória. A ressonância magnética confirmou sacroileíte ativa e osteíte esternoclavicular. Face à perda de eficácia e à suspeita de psoríase paradoxal induzida por anti-TNF, o adalimumab foi suspenso e iniciou-se secuquinumab 300 mg mensal, com melhoria sustentada das manifestações cutâneas e osteoarticulares.

Discussão: A distinção entre atividade da síndrome SAPHO e reações paradoxais associadas a terapêutica biológica é fundamental para orientar o tratamento. Neste caso, a coexistência de sacroileíte ativa e agravamento cutâneo sob anti-TNF levantou a suspeita de psoríase paradoxal. A inibição da IL-17 constituiu uma alternativa eficaz após falência terapêutica e reação adversa ao anti-TNF. Este caso destaca a importância da reavaliação clínica e imagiológica e sugere que os inibidores da IL-17 podem representar uma opção terapêutica válida em doentes com síndrome SAPHO refratária.

PO 312

HEMOFILIA A ADQUIRIDA ASSOCIADA A CARCINOMA UROTELIAL: RELATO DE UM CASO RARO

Simão Gaspar; Bárbara Gonçalves; Patrícia Carvalho;
Sara Leitão; Arsénio Santos
Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A hemofilia A adquirida é uma doença hemorrágica rara e subdiagnosticada, caracterizada pelo desenvolvimento de autoanticorpos anti-fator VIII da coagulação. São conhecidas várias causas subjacentes, mas a etiologia idiopática permanece a mais prevalente. As neoplasias contabilizam cerca de 12% dos casos, sendo extremamente rara a associação com o carcinoma urotelial. Descreve-se um caso de hemofilia A adquirida como possível manifestação paraneoplásica de carcinoma urotelial.

Caso clínico: Homem de 63 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência em duas ocasiões por agravamento progressivo de equimoses dispersas nos membros inferiores e superior esquerdo, assim como hematúria. Referiu ainda dor abdominal difusa de intensidade variável e dor lombar à esquerda tipo cólica. Ao exame Objetivo, apresentava múltiplas equimoses dispersas no terço distal dos membros inferiores, particularmente nas articulações tibiotársicas, bem como na face anterior do membro superior esquerdo. Do estudo analítico destacou-se prolongamento do aPTT de 93.4 seg (3.3x controlo), diminuição da atividade do fator VIII (0.60%) e presença de inibidor do fator VIII (60 UB). Feito o diagnóstico de Hemofilia A Adquirida. Cumpru tratamento com FEIBA, prednisolona 80mg e ciclofosfamida 150 mg. Realizou tomografia computadorizada que revelou espessamento parietal da árvore pelocalicial esquerda. Foi realizada ureterorenoscopia com biópsia, cujo estudo anatomicopatológico evidenciou alterações sugestivas de carcinoma urotelial papilar não invasivo de baixo grau, de crescimento invertido. Doente foi então proposto para Nefroureterectomia Esquerda e orientado para consulta de Imunohemoterapia.

Discussão: O presente caso expõe uma associação rara entre hemofilia A adquirida e neoplasia urotelial, estando descritos na literatura apenas 4 casos, todos eles com atingimento primário vesical. Este é o primeiro relato de caso com atingimento da pélvis renal.

PO 313

QUANDO A MGUS PROGRIDE DE FORMA ATÍPICA: MIELOMA MÚLTIPLO COM ENVOLVIMENTO PLEURAL

Rita Moreira; Filipe Da Cunha Pinto; Ana Areia Reis;
Zélia Lopes; Diana Pereira Anjos; Lindora Pires
Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

Mulher de 76 anos recorreu ao serviço de urgência por episódio de dor dorsal intensa com horas de evolução, sem irradiação. Sem dispneia, tosse ou febre. Antecedentes pessoais de gamopatia monoclonal

de significado indeterminado (MGUS), com recusa de forma consistente de estudo da medula óssea (MO). À admissão, com insuficiência respiratória hipoxêmica e à auscultação pulmonar sem sons respiratórios no hemitórax esquerdo, restante exame físico irrelevante. Estudos laboratoriais revelaram anemia normocítica normocrômica, insuficiência renal e hipercaliemia, sem outras alterações. Radiografia de tórax com uma opacidade no lobo inferior esquerdo. Tomografia computadorizada (TC) torácica a revelar derrame pleural esquerdo com lesão osteolítica envolvendo a costela adjacente, invasão pleural direta e volumoso componente de partes moles. Toracocentese diagnóstica com derrame pleural exsudativo, níveis baixos de adenosina desaminase e culturas negativas. Citologia com aumento de plasmócitos atípicos, razão de cadeias leves livres séricas de 2,41. Eletroforese sérica com pico monoclonal (M-spike) e a imunoeletroforese com proteína monoclonal IgG. Perante a suspeita de progressão de MGUS para mieloma múltiplo (MM), a doente aceitou realizar estudo MO, com 52% de plasmocitose distrófica. Biópsia da massa com resultado semelhante. Estabelecido o diagnóstico de MM estágio III, tendo sido iniciado tratamento dirigido. Apesar de melhoria clínica inicial, doente foi admitida numa unidade de cuidados intensivos por pneumonia nosocomial, vindo a falecer pouco tempo depois. O envolvimento pleural em doentes com MM é incomum e constitui um indicador de doença avançada e de mau prognóstico. Este caso destaca a importância da monitorização rigorosa de doentes com MGUS e do reconhecimento precoce de apresentações atípicas de MM para instituição atempada de tratamento.

PO 314

SÍNDROME AÓRTICA SUBAGUDA: DO EPISÓDIO INICIAL À ANGIO-TC DECISIVA

Claudio Coelho; Marta Matos Pereira; Ana Garrido Gomes; Eduardo Viana; Nereida Monteiro; José Miguel Gonçalves; Inês Ferreira

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A síndrome aórtica aguda pode ter apresentação subaguda e pouco específica, sendo por vezes confundida com dor musculoesquelética. A avaliação clínica e imagiológica é crucial para excluir complicações e orientar tratamento.

Caso clínico: Mulher, 80 anos, autónoma, com antecedentes de poliartrite seronegativa sob metotrexato e leflunomida. Cerca de um mês antes do internamento iniciou dor interescapular súbita e intensa, tipo “facada”, associada a náuseas e vômito; recorreu ao serviço de urgência, onde foi interpretada como dor musculoesquelética e teve alta. Manteve posteriormente dorsalgia ligeira aos esforços e voltou a recorrer ao SU por persistência sintomática. Ao exame Objetivo à admissão sem alterações de relevo e ECG com ritmo

sinusal, FC de 75 bpm, eixo normal, intervalos PR, QRS e QTc normais, sem alterações da repolarização ventricular ou sinais de isquemia aguda. Analiticamente com uma queda de hemoglobina associada (12,7 para 8,9 g/dL), sem perdas macroscópicas. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que identificou dilatação marcada da aorta torácica e suspeita de hematoma intramural/dissecção, motivando internamento para controlo hemodinâmico. Permaneceu apirética, sem dispneia e sem dor no internamento, com controlo tensional e betabloqueador. Angio-TC de reavaliação mostrou aorta ascendente e descendente dilatadas, com 54mm e 61 mm respectivamente, com trombo/hematoma parietal semilunar com áreas hiperdensas sugestivas de instalação recente, sem sinais de dissecção franca, rotura ou hipoperfusão. Após discussão com Cirurgia Vascular, decidiu-se tratamento conservador e referência prioritária para reavaliação em ambulatório.

Discussão: A dor interescapular súbita deve sempre levar a procura da síndrome aórtica aguda como diagnóstico diferencial principal. A angio-TC é determinante para estratificar risco e suportar optar pela conduta conservadora na ausência de complicações. O controlo rigoroso da pressão arterial e a referência célere são pilares para reduzir progressão e complicações em hematoma intramural com aorta aneurismática.

PO 315

SÍNDROME DE LÖFGREN: UM PUZZLE DE TRÊS PEÇAS

Jimmy Vieira Martins; Paula Merino; Inês Anacleto; Marisa Carvalho; João Oliveira; Pedro Lopes

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica caracterizada pela formação de granulomas não caseosos, com envolvimento pulmonar frequente. A síndrome de Löfgren constitui uma forma aguda de apresentação, classicamente definida pela tríade composta por eritema nodoso, artrite/artralgias e adenopatias hilares bilaterais.

Mulher de 49 anos, referenciada à consulta externa de Medicina Interna pelos Cuidados de Saúde Primários por aparecimento súbito de nódulos eritematosos e dolorosos nos quatro membros, febre e dor em diferentes articulações, refratárias à terapêutica sintomática. O estudo analítico de referência mostrava leucocitose e elevação marcada de marcadores inflamatórios. Apesar de não apresentar clínica respiratória, a doente trazia uma radiografia de tórax que mostrava ambas as regiões hilares globosas, levantando suspeita de adenopatias hilares.

À observação, a doente apresentava sinais de eritema nodoso em ambos os membros inferiores e superiores associados a dor articular de características inflamatórias nos punhos, cotovelos, coxo-femorais e joelhos bilateralmente, com marcada limitação funcional. Do estudo solicitado, com ligeira elevação da enzima con-

versora da angiotensina. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que confirmou múltiplas adenopatias hiliares e mediastínicas bilaterais, formando conglomerados, associadas a micronódulos pulmonares dispersos, compatíveis com sarcoidose estágio I/II.

Perante a associação de eritema nodoso, artrite e adenopatias hiliares bilaterais estabeleceu-se o diagnóstico de síndrome de Löfgren. Foi iniciada prednisolona 20 mg/dia, com resolução clínica dos sintomas e ausência de recorrência das lesões cutâneas na reavaliação.

A síndrome de Löfgren representa uma forma particular de sarcoidose com apresentação aguda e prognóstico favorável, frequentemente diagnosticada com base em critérios clínico-radiológicos. A presença simultânea de eritema nodoso e adenopatias hiliares bilaterais tem elevado valor preditivo para sarcoidose, podendo dispensar confirmação histológica. O reconhecimento precoce permite orientação terapêutica adequada e evita tratamentos antibióticos desnecessários, sendo a corticoterapia reservada para casos sintomáticos.

PO 316

AMILOIDOSE CARDÍACA DE CADEIAS LEVES, DE LEVE NÃO TEM NADA

Ana Lúcia Do Rosário; Mariana Leão; Daniela Diniz; Vânia Junqueira; Joana Louro

Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

Introdução: A amiloidose de cadeia leve (AL) é uma discrasia plasmocitária caracterizada pelo depósito amiloide em qualquer órgão ou sistema mas afeta sobretudo o coração, rins, trato gastrointestinal e nervos periféricos. Associada a alta morbidade e mortalidade, especialmente no diagnóstico tardio, já que o tratamento é preventivo à falência multiorgânica. Determinados achados ecocardiográficos associados à elevação de biomarcadores cardíacos devem aumentar a suspeição clínica, indicando a necessidade de biópsia endomiocárdica com espectroscopia de massa, o *gold standard* para diagnóstico e definição do tipo de amiloide.

Caso clínico: Homem de 42 anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência por edema dos membros inferiores, com meses de evolução e agravamento progressivo, remetido à consulta externa para estudo. Realizou ecocardiograma sugestivo de doença infiltrativa. Analiticamente apresentava aumento de troponina e NT-proBNP, alteração da função renal, proteinúria e cadeias leves livres urinárias aumentadas. Realizou ressonância magnética cardíaca, sugestiva de amiloidose, e cintigrafia óssea 99mTc-DPD, sem marcação cardíaca. Enviado à hematologia onde realizou biópsia endomiocárdica e espectroscopia de massa compatível com amiloidose tipo cadeias leves livres lambda estadio IIIa (Score Mayo) e mielograma com 4.7% de plasmócitos, não apresentando componente

monoclonal. O doente iniciou terapêutica com Daratumumab, Bortezomib, Ciclofosfamida e Dexametasona.

Conclusão: A evidência recomenda que os doentes com alterações ecocardiográficas sugestiva de amiloidose e imunofixação alterada, devem realizar biópsia endomiocárdica e medular o mais rapidamente possível com intuito de abreviar o diagnóstico e início de tratamento, obviando exames complementares que não facultam informação essencial para o diagnóstico. Este doente demorou ano e meio até a primeira consulta de hematologia oncológica onde obteve diagnóstico definitivo tardio, com prognóstico de média de sobrevivência de 14 meses.

PO 317

CANDIDA NORVEGENSIS: CAUSA RARA DE INFECÇÃO EM DOENTES IMUNOCOMPROMETIDOS

Filipa Cunha; Alexandre Carvalho; Ana Parreira; Marco Ramos; Rita Gonçalves Pinto; Vânia Gomes

ULS Braga

Introdução: A *Candida norvegensis* é uma espécie rara de *Candida* não-albicans, descrita como intrinsecamente resistente ao Fluconazol. Tem sido reportada sobretudo em doentes fragilizados/imunocomprometidos e em contexto de cuidados de saúde, onde fatores como corticoterapia, múltiplos internamentos e dispositivos invasivos aumentam o risco de infeção invasiva e fungemia.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 90 anos, parcialmente dependente e institucionalizado, com internamento recente onde esteve algaliado e onde foi iniciada imunossupressão com corticoterapia sistémica por suspeita de polimialgia reumática (doente com VS >100, com fraqueza muscular generalizada, sem predomínio proximal, sem aparente rigidez). Foi internado por quadro séptico, inicialmente interpretado como pneumonia adquirida na comunidade. Por manutenção da febre e dos parâmetros inflamatórios, foram colhidas amostras biológicas, tendo sido isolada *Candida norvegensis* numa urocultura e em 2 sets de hemoculturas. Iniciou Anidulafungina e realizou ecocardiograma que excluiu vegetações, mas, apesar das medidas instituídas, o doente apresentou evolução global desfavorável, com falência neurológica, respiratória e renal progressivas.

Conclusão: O caso descreve uma infeção grave por *Candida norvegensis* em doente idoso, com múltiplos fatores de risco, incluindo corticoterapia e imunossupressão, que culminou em falência multiorgânica. O caso ressalta a importância da avaliação de infeções fúngicas raras em pacientes imunocomprometidos e o desafio terapêutico associado à resistência intrínseca a antifúngicos em determinadas espécies.

PO 318

MIOPATIA NECROTIZANTE IMUNOMEDIADA: MARCHA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

Filipa Cunha; Rita Gonçalves Pinto; Alexandre Carvalho; Diogo Ferraro Junqueira; Daniela Filipa Dos Santos; Vânia Gomes
ULS Braga

Introdução: A miopatia necrotizante imunomediada é uma entidade rara, que tipicamente se manifesta por fraqueza proximal de início agudo ou subagudo, com elevação marcada e persistente de creatina quinase (CK), em que a biópsia costuma mostrar necrose ou regeneração de fibras com inflamação relativamente escassa. É frequente a presença de autoanticorpos específicos, sobretudo anti-HMGCR e anti-SRP, apesar de aproximadamente 20% dos casos serem formas seronegativas. Na forma anti-HMGCR, está descrita associação a exposição prévia a estatinas, mas a doença pode não regredir apenas com a suspensão da estatina, exigindo imunossupressão. O tratamento, idealmente precoce, inclui corticoterapia em altas doses e terapêutica poupadora (por exemplo, metotrexato, azatioprina ou micofenolato) e/ou imunoglobulina intravenosa.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 61 anos, autónoma, com antecedentes relevantes de dislipidemia (sob atorvastatina há vários anos) e hidradenite supurativa (sob adalimumab), internada por quadro de fraqueza muscular global com predomínio proximal e padrão de marcha miopático, associada a rabdomiólise grave. Realizado extensivo estudo, a destacar eletromiografia inconclusiva e ressonância magnética corporal que revelou edema muscular difuso e relativamente simétrico em vários grupos musculares. O painel de miosites foi fortemente positivo para anti-HMGCR e anti-Ku, sugerindo miopatia necrotizante imunomediada, tendo sido realizada biópsia muscular que confirmou o diagnóstico. Optou-se por suspensão da atorvastatina e adalimumab, tendo sido iniciada terapêutica imunossupressora com prednisolona numa fase inicial. Posteriormente, a doente realizou imunoglobulina endovenosa em regime ambulatorio e encontra-se atualmente sob terapêutica com metotrexato.

Conclusão: Este caso demonstra a importância do diagnóstico precoce e da abordagem terapêutica adequada na miopatia necrotizante imunomediada, especialmente em pacientes com fatores de risco, como o uso de estatinas. A doente apresentou evolução clínica favorável após a suspensão dos fármacos potencialmente implicados e o início da terapêutica imunossupressora.

PO 319

TROMBOCITOPENIA POR PANTOPRAZOL

Ana Catarina Fernandes Alves; Nuno Melo; Natalina Varandas; Inês Bessa; Mariana Lobo; Tiago Valente; Jorge Almeida
ULS São João

O pantoprazol pertence à classe de inibidores da bomba de prótons. A trombocitopenia é um efeito adverso considerado muito raro da sua utilização.

Mulher de 84 anos com história de hipertensão arterial, dislipidemia, doença renal crónica estadio V de etiologia não esclarecida em preparação para início de hemodiálise, fibrilhação auricular e gamopatia monoclonal de significado indeterminado IgM lambda. Admitida no serviço de urgência por dispneia, cansaço e perda de apetite com uma semana de evolução. Do estudo realizado a destacar azotemia grave (ureia 270mg/dL, pCr 6 mg/dL), sem hipercalcemia ou acidez associadas e sem insuficiência respiratória. Estudo da coagulação sem alterações.

Admitida no Serviço de Medicina Interna para indução dialítica. Ao sétimo dia de internamento, três dias após início de hemodiálise, apresentou trombocitopenia de novo (~30.000/mm²). Analiticamente com hemoglobina estável, sem alterações associadas nas outras linhagens, sem hiperbilirrubinemia, sem elevação de LDH, sem consumo de fibrinogénio, pesquisa de esquizócitos negativa e sem febre ou elevação de marcadores inflamatórios. Sem exposição a enoxaparina ou heparina não fracionada ao longo do internamento. Colocada hipótese de associação com membrana de diálise mas discutido com Nefrologia, sendo pouco provável com as membranas mais recentes. Revista folha terapêutica e introduzido de novo pantoprazol à admissão. Dada possibilidade de associação, o mesmo foi suspenso, observando-se melhoria progressiva da contagem plaquetária.

No caso apresentado, o desenvolvimento de trombocitopenia ao longo do internamento aponta para uma causa iatrogénica. O facto de o pantoprazol ter sido o ter sido o único fármaco introduzido, ter havido recuperação da contagem plaquetária após a suspensão do mesmo e terem sido excluídas outras causas faz com que o diagnóstico de trombocitopenia associada ao pantoprazol ser o diagnóstico mais provável.

PO 320

ERITEMA NODOSO RECORRENTE SECUNDÁRIO A TIBOLONA.

Alexandre Fernandes Carvalho; Filipa Cunha; João Pinheiro; Rita Pinto; Vânia Gomes
Hospital de Braga

Introdução: O eritema nodoso (EN) é uma paniculite inflamatória, frequentemente associada a infeções, doenças autoimunes, fármacos ou neoplasias. A identificação da etiologia é essencial, embora 30-50% dos casos são considerados idiopáticos.

Caso clínico: Mulher, 60 anos à data inicial, seguida desde 2021 em Medicina Interna por nódulos subcutâneos dolorosos recorrentes no membro inferior esquerdo, com 1 ano de evolução, compatíveis com EN. Sem sintomas sistêmicos associados. Medicada com tibolona desde 2019, com início das lesões em 2020. Estudo etiológico alargado (inflamatório, autoimune, infeccioso) sem alterações relevantes: marcadores inflamatórios negativos, *Interferon-Gamma Release Assay* (IGRA) negativo, autoimunidade negativa, radiografia do tórax sem adenopatias hilares ou outras alterações, entre outros. Verificou-se apenas positividade para os anticorpos anti-peroxidase da tiroide, mas com função tiroideia normal. Não se identificou causa infecciosa ou sistêmica para o EN. Considerada possível associação à terapêutica hormonal de substituição (tibolona), descrita raramente na literatura. Decidiu-se a suspensão do fármacos, com resolução do quadro de EN e sem recorrência há mais de 2 anos.

Conclusão: Este caso descreve um EN recorrente sem etiologia identificada após investigação exaustiva, com provável relação farmacológica com tibolona. A suspensão do fármaco associou-se a remissão sustentada. Destaca-se a importância da revisão terapêutica na abordagem do EN e o seguimento dirigido, tendo sido excluída doença autoimune sistêmica, mantendo apenas tiroidite autoimune, doença localizada de órgão.

PO 321

SÍNDROME DE GOOD, UMA CAUSA RARA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA DO ADULTO

Pedro Dinis Avelar¹; Joana Correia Nunes²;
João Fernandes Serôdio²; José Delgado Alves²

¹Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras;

²Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A síndrome de Good caracteriza-se pela associação de timoma, hipogamaglobulinemia e infeções recorrentes. A apresentação clínica é frequentemente insidiosa e heterogênea, conduzindo a atrasos diagnósticos e a significativa morbimortalidade. Apresentamos dois casos seguidos numa consulta coorte de imunodeficiências do adulto.

Caso 1: Homem de 60 anos com diagnóstico de timoma em 2010, submetido a timectomia e radioterapia. Posteriormente, desenvolveu broncorreia crônica e infeções respiratórias recorrentes, necessitando de múltiplos ciclos de antibiótica e apresentando dois episódios de pneumonia lobar. O estudo imunológico revelou hipogamaglobulinemia (IgG 565 mg/dL, IgA 55 mg/dL, IgM indetetável), com populações linfocitárias preservadas e respostas vacinais adequadas. Iniciou terapêutica com imunoglobulina intravenosa, porém com reação de hipersensibilidade tardia (IgA mediada), alterando-se a imunoglobulina subcutânea com boa tolerância e melhoria clínica.

Caso 2: Mulher de 45 anos com antecedente de adeno-

carcinoma do reto tratado em 2015 e timoma estágio Ila diagnosticado em 2019, submetida a timectomia. Posteriormente desenvolveu infeções sinopulmonares recorrentes, rinosinusite purulenta persistente e três episódios de pneumonia. Refere ainda artralhas inflamatórias, astenia e perda ponderal. O estudo revelou hipogamaglobulinemia marcada (IgG 330 mg/dL, IgA 17 mg/dL, IgM indetetável), linfopenia de células B CD19+, T CD4+ e NK, ausência de resposta vacinal e redução de células B memória *class-switched*. Autoimunidade era negativa. A Tomografia Computadorizada Torácica evidenciou bronquiectasias cilíndricas. Iniciou imunoglobulina intravenosa com resolução das infeções e melhoria dos sintomas sistêmicos e da artrite inflamatória.

Discussão: A síndrome de Good ocorre em cerca de 3–5% dos doentes com timoma. A terapêutica substitutiva com imunoglobulina é fundamental, permitindo reduzir infeções, prevenir dano pulmonar estrutural e melhorar significativamente a qualidade de vida.

PO 322

ADENOCARCINOMA DE PRIMÁRIO OCULTO: O PAPEL DA PATOLOGIA MOLECULAR NA DISSEMINAÇÃO MULTISSISTÊMICA

Carla Queirós Da Silva; Maria Almeida Pinto;
Guilherme Rui Pereira; Arminda Maia; Maria Margarida Robalo;
Carla Maravilha; Sofia Esperança
Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: Os tumores primários ocultos representam 3-5% das neoplasias malignas, definindo-se pela presença de doença metastática sem tumor primário identificado após investigação padronizada. O adenocarcinoma é o subtipo mais frequente, emergindo em vários órgãos. O prognóstico é heterogêneo e determinado pela biologia tumoral e pela resposta à quimioterapia muitas vezes empírica, tornando a caracterização molecular essencial para terapias alvo.

Casos clínicos: Homem de 66 anos, admitido com dor torácica pleurítica, dispneia e síndrome constitucional, com evolução de um mês. Objetivada elevação dos parâmetros inflamatórios e derrame pleural direito. TC revelou múltiplos nódulos justapleurais direitos, adenopatias mediastínicas e lesão lítica em D12. Apesar de exsudato, restante estudo de líquido pleural não mostrou alterações. Perante citologia de aspirado brônquico suspeita, realizada biópsia pulmonar transtorácica, com histologia compatível com adenocarcinoma de padrão sólido, inconclusivo para fenótipo pulmonar. A PET-CT demonstrou metastização extensa: pleural, mediastínica, óssea, ganglionar, suprarrenal e muscular. Apesar da investigação rigorosa, que incluiu estudo endoscópico, o tumor permaneceu oculto, aguardando-se nova biópsia para estudo por NGS (Next-Generation Sequencing).

Homem de 59 anos, com mutação no gene SDHB e

antecedentes de paraganglioma, com dor abdominal e síndrome constitucional. TC sugeriu carcinomatose peritoneal, corroborada por PET-CT. Após exclusão de paraganglioma e perante estudo endoscópico normal, a biópsia peritoneal revelou adenocarcinoma de fenótipo inespecífico. Apesar da investigação exaustiva, que incluiu NGS, o doente faleceu, na ausência de diagnóstico definitivo.

Conclusão: Estes casos ilustram o desafio diagnóstico dos tumores primários ocultos, apesar de abordagem multissistêmica. A transição para o perfil genômico (NGS) é crucial e permite uma medicina de precisão que pode alterar o prognóstico em estádios avançados.

PO 323

SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODEOXIA SECUNDÁRIA À ARTRITE REUMATOIDE

Beatriz Oliveira; Raquel Rosa; Paulo Barreto; Filipa Todo-Bom; Margarida Castanho
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A Síndrome de Platipneia-Ortodeoxia (SPO) é uma entidade rara e subdiagnosticada, caracterizada por dispneia e dessaturação na posição ortostática/sentada que melhora em decúbito dorsal. A causa mais comum é a presença de foramen ovale patente (FOP).

Caso clínico: Homem de 83 anos, com artrite reumatoide (AR) sob prednisolona e metotrexato há quatro meses, internado por dispneia de esforço e tosse seca com 1 mês de evolução. À observação apresentava sinais de dificuldade respiratória e crepitações bibasais. Documentada hipoxémia (PaO₂ 52 mmHg, FiO₂ 31%) e elevação dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 14,340/μL; neutrófilos 84%; PCR 105 mg/L), sem isolamentos microbiológicos. A angio-TC torácica mostrou padrão de pneumonia intersticial usual com áreas de vidro despolido, sem tromboembolismo pulmonar. Admitiu-se fibrose pulmonar associada à AR complicada por possível pneumonite ao metotrexato e/ou infecciosa. Apesar da corticoterapia e antibióterapia de largo espectro, persistiram episódios de polipneia e dessaturação em posição ortostática/sentada, com melhoria em decúbito. O diferencial postural foi confirmado gasometricamente (PaO₂ 62 mmHg sentado; 105 mmHg em decúbito, com 3L O₂/min). A associação com hipovolémia reforçou a suspeita de shunt, confirmado no ecocardiograma transesofágico, que revelou FOP tunelizado com aneurisma do septo interauricular. Realizou-se encerramento percutâneo do FOP, com melhoria clínica e correção da hipoxémia em repouso.

Discussão: Neste caso, o evento agudo que motivou o internamento pode ter precipitado a expressão de um FOP previamente silencioso, culminando na SPO. Esta deve ser considerada perante hipoxémia posicional refratária, mesmo em doentes com patologia cardior-

respiratória concomitante. A gasometria do diferencial postural e o ecocardiograma transesofágico são fundamentais para o diagnóstico. O encerramento do FOP é o tratamento de eleição e tem benefício clínico significativo mesmo em idosos.

PO 324

UMA FORÇA DE PERDER UM RIM

Cristiana Malhó; Bruno Sequeira Campos; Ana Isabel Ribeiro; Ana Rita Ramos; Joana Filipe Leite; Marisa Roldão; Paulo Santos
ULS Região de Leiria

A nefropatia de pigmentos é uma forma de insuficiência renal aguda de origem renal, por deposição de pigmentos (como a mioglobina ou hemoglobina) nos túbulos renais, levando à lesão renal, muitas vezes com necessidade de técnica de substituição renal. Os principais mecanismos de lesão envolvem a toxicidade direta do pigmento, vasoconstrição renal e a formação de cilindros pigmentares que obstruem os túbulos renais.

Homem, 59 anos, autónomo, dá entrada no serviço de urgência por colúria e fezes acólicas após esforço intenso e extenuante nos dois dias que antecederam o quadro, com dor muscular generalizada. Analiticamente a destacar, ureia 117mg/dL, Creatinina 6.2mg/dL. Na 130mmol/L, AST 2422 U/L, CK 189223 U/L, LDH 2499 U/L. Análise sumária de urina: leucocitúria 500/uL, nitritos negativos, proteinúria 100mg/dL, glicosúria 50mg/dL, Hb 0.50mg/dL. Gasimetria arterial sem acidemia. Realizada tomografia computadorizada abdominal e pélvica sem sinais de hemorragia ativa ou patologia urológica obstrutiva.

Feito o diagnóstico de Nefropatia de Pigmentos, por rabdomiólise. Iniciada fluidoterapia vigorosa, mas o doente evoluiu em anúria, razão pela qual início técnica de substituição terapêutica. Apesar de recuperação da diurese e com débito urinário adequado (3000L/dia), após 3 dias, manteve necessidade de terapêutica dialítica, sem sinais de recuperação da função renal inicialmente.

O doente manteve-se com necessidade de terapêutica dialítica por 20 dias até que começou a mostrar uma melhoria paulatina dos parâmetros de retenção azotada, mantendo-se assintomático e com hidratação oral 3L/dia. À alta do internamento creatinina 6.5mg/dL e diurese 3900cc/24h.

O doente acabou por recuperar a função renal, ficando sem sequelas.

A nefropatia de pigmentos é uma das causas de insuficiência renal aguda de origem renal reversível, se identificada atempadamente pode salvar o doente de realização de hemodiálise permanentemente.

PO 325

AORTITE E PERIAORTITE IDIOPÁTICAS COMO CAUSA DE LESÃO RENAL AGUDA OBSTRUTIVA

Ana Catarina Fernandes Alves; Ana Monteiro;
Ana Luísa Rodrigues; Ana Cristina Peixoto; Nuno Melo;
Jorge Almeida
ULS São João

A aortite e periaortite consistem numa inflamação crónica que pode envolver apenas a parede da aorta ou podem envolver o espaço peri-aórtico. As manifestações podem ser sistémicas, relacionadas com a inflamação, ou podem ser locais, relacionados com a compressão de estruturas pela massa inflamatória.

Homem de 68 anos com história de hipertensão arterial recorre ao Serviço de Urgência (SU) por tosse e hemoptises desde o próprio dia. Além disso, referia percepção da diminuição do débito urinário e dor lombar com 1 semana de evolução. Negava febre, dispneia, alterações das características da urina, perda de peso ou hipersudorese nocturna. No estudo complementar a destacar presença de com acidemia metabólica e insuficiência respiratória, anemia e disfunção renal de novo (creatinina 20.58mg/dL), hipercalemia e discreta elevação de PCR (82.4 mg/L). Realizou angio tomografia computadorizada abdominal que mostrou presença de aneurisma fusiforme da aorta abdominal infra-renal com 5.7x6.6 cm de diâmetro e 6,7cm de comprimento, com espessamento e captação da parede da aorta sugestivo de alterações inflamatórias/infeciosas (aortite). Anteriormente ao aneurisma, presença de “massa inflamatória” retroperitoneal mal defenida, a envolver as estruturas vasculares e a condicionar uretero-hidronefroze bilateralmente. Ainda no SU evoluiu em edema agudo do pulmão tendo induzido hemodiálise. Submetido a cateterização ureteral retrograda bilateral com posterior melhoria do débito urinário a permitir a suspensão de hemodiálise. Para estudo etiológico da aortite e periaortite pedido estudo auto-imune que foi negativo, doseamento de IGG, incluindo IGG4, normal e ecografia das artérias temporais sem sinais sugestivos de espessamento vasculítico. Por outro lado, sem clínica recente sugestiva de infecção, serodiagnóstico de sífilis e hemoculturas negativas. Ecocardiograma sem vegetações. Assumida causa inflamatória de etiologia não esclarecida e iniciou corticoterapia. Quanto ao aneurisma, considerado por Cirurgia Vascular ter baixo risco de rotura e foi orientado para consulta externa. Apesar de neste caso se ter assumido como idiopática a causa da aortite e peri-aortite uma amostra histológica seria importante para o diagnóstico. Contudo, dada a localização na massa, não foi possível a realização de biópsia.

PO 326

TUBERCULOSE DISSEMINADA – NEM TODOS OS CASOS SÃO IMPORTADOS

Miguel Martins Teixeira; Ângela Neto; Joana Timóteo;
Diogo Duarte Dias; Susana Escária; Luísa Rebocho
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

A tuberculose (TB) disseminada resulta da propagação de *Mycobacterium tuberculosis* (MBT) para 2 ou mais órgãos não contíguos ou por TB miliar. Trata-se de uma forma rara, mais frequente em indivíduos imunocomprometidos e/ou provenientes de zonas endémicas. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica, incluindo febre, astenia e perda ponderal. O diagnóstico requer confirmação microbiológica e imagiológica.

Mulher, 47 anos, autónoma, portuguesa, imunocompetente e fumadora, com tosse produtiva, otalgia direita e febre com dois meses de evolução, associada a odinofagia crónica. A tomografia computadorizada (TC) cervical e torácica em ambulatório revelou pequenas consolidações pulmonares, algumas cavitadas. Referia ainda dor epigástrica e hipogástrica recorrente com meses de evolução. A colonoscopia com biópsia mostrou inflamação granulomatosa, sem sinais de malignidade nem isolamento de micobactérias. Assumiu-se pneumonia vs. TB pulmonar, tendo iniciado antibioterapia empírica. A pesquisa bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) na expetoração foi negativa. Posteriormente, a TC tóraco-abdomino-pélvica evidenciou espessamento supraglótico, progressão de nódulos pulmonares cavitados, hepatomegalia e espessamento da parede ileocecal com ligeira dilatação, sem oclusão intestinal aparente. Realizou colonoscopia novamente e esta revelou ulceração de colón compatível com possível TB intestinal. Após alta realizou broncofibroscopia, identificando lesões laringeas, com PCR positiva para MBT e BAAR positivo. A biópsia intestinal confirmou TB intestinal. Iniciou terapêutica antibacilar quádrupla. Mais tarde apresentou episódio de oclusão intestinal em provável contexto de TB intestinal com necessidade de cirurgia urgente.

Este caso destaca-se pela presença de TB disseminada numa doente imunocompetente e sem contexto epidemiológico. Para além disso, a sua apresentação atípica e inespecífica contribuiu para o diagnóstico tardio.

PO 327

SOB O VÉU DO DELIRIUM E DEMÊNCIA: MENINGOENCEFALITE – RELATO DE CASO CLÍNICO

Helena Estevão Pereira; Inês Santos Graça; Sara Vale Araújo;
Ana P. Ferro

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A meningoencefalite por *Listeria monocytogenes* (LM) é rara e potencialmente grave, ocorrendo sobretudo em idosos e imunocomprometidos. A

sua apresentação clínica insidiosa e pouco específica pode dificultar o diagnóstico precoce, particularmente em doentes com déficit cognitivo de base, em que sintomas neurológicos podem ser interpretados com *delirium* ou progressão demencial.

Caso clínico: Homem de 86 anos, com síndrome demencial não estudado, recorreu ao Serviço de Urgência por prostração, recusa alimentar, fraqueza nos membros inferiores e febre (38,1°C) com 2 dias de evolução. À admissão, destacava-se agitação psicomotora, impossibilitando um exame neurológico completo. Analiticamente apresentava leucopenia, trombocitopenia e PCR elevada; radiografia torácica com infiltrado na base direita; TC cerebral com leucoencefalopatia microangiopática. Inicialmente iniciou-se antibioterapia (ATB) empírica com amoxicilina/ácido clavulânico por suspeita de pneumonia a condicionar disfunção neurológica. Durante o internamento, isolamento de LM nas hemoculturas (HC). Pelo isolamento de LM e predominância de manifestações neurológicas, realizou-se punção lombar (PL), sem isolamento de agente, mas com proteinorraquia discreta, assumindo-se meningoencefalite por LM, iniciando-se ATB com ampicilina. Por *delirium* hiperativo de difícil gestão, foram excluídas causas reversíveis de demência e complicações com RM cerebral. Após 21 dias de ATB e ajuste de psicofármacos, apresentou melhoria clínica e analítica.

Discussão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da meningoencefalite por LM em idosos com doença cognitiva, em que *delirium* e alterações comportamentais podem mascarar a infeção. A HC permanece essencial para confirmação, enquanto a PL pode apresentar resultados “decapitados” após ATB precoce. O início imediato de ATB dirigida é determinante para evolução favorável. Esta infeção é de declaração obrigatória, reforçando a importância da vigilância epidemiológica.

PO 328

DOCE DEMAIS PARA FICAR PARADO: HEMICOREIA SECUNDÁRIA A DIABETES

Beatriz Brito Almeida; Franscisco Nogueira Gonçalves; Rodrigo Costa Martins; Gabriela Da Silva; Presa Ramos
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Introdução: A identificação de coreia de instalação subaguda exige investigação etiológica e abordagem desafiantes. A associação entre hemicoreia e hiperglicemia é conhecida e eventualmente reversível, se tratada correta e precocemente.

Caso clínico: Homem de 77 anos, recorre ao Serviço de Urgência por deterioração cognitiva progressiva e distúrbio hipercinético manifesto por movimentos irregulares, amplos e não estereotipados do hemicorpo esquerdo com um mês de evolução. De antecedentes, destaca-se diabetes tipo II com valor de HbA1c

prévia de 6,6% complicada após 6 meses com internamento por síndrome hiperglicémica hiperosmolar com registo de HbA1c 13%.

Ao exame neurológico apurou-se disfunção cognitiva caracterizada por perturbação mnésica e executiva e hemicoreia esquerda, sem outros sinais piramidais, extrapiramidais ou cerebelosos. Do estudo complementar ressalva-se glicémia de 229mg/dL e TC-Cerebral sem anormalidades. A RMN-cerebral evidenciou hipersinal bilateral do estriado em T1 corroborando a hipótese de provável estriatopatia diabética. Iniciou esquema de insulino-terapia intensivo e haloperidol para controlo sintomático.

Durante o internamento verificou-se bradicardia extrema associada a BAV de elevado grau, de novo, em possível contexto de iatrogenia secundária ao uso de antipsicóticos (de primeira geração). Pela necessidade de uso do fármaco optou-se por colocação de pacemaker. Com a otimização do controlo glicémico verificou-se melhoria da hemicoreia e do estado cognitivo.

Discussão: Este caso ilustra uma marcha diagnóstica desafiante, pautado por uma patologia incomum cujo tratamento resultou em iatrogenia significativa. Sublinha-se, assim, a importância inequívoca da visão global e integradora da Medicina Interna na gestão do doente complexo.

PO 329

LESÃO RENAL AGUDA ISQUÉMICA EM CONTEXTO DE DOENÇA RENAL ATROSCLERÓTICA

Ana Catarina Fernandes Alves; Adriana Costa; Carla Andrade; João Morgado; Fernando Friões; Nuno Melo; Jorge Almeida
ULS São João

A estenose das artérias renais pode ser uma causa de hipertensão arterial secundária e pode ser uma causa de disfunção renal se houver estenose significativa de ambas artérias renais.

Homem de 76 anos com história de tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia e doença arterial periférica. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por astenia e fraqueza generalizada com 5 dias de evolução. Negava febre, dispneia, dor torácica, diminuição do débito urinário, dor lombar, hematúria ou outras alterações das características da urina, alterações da visão ou início recente de novos fármacos.

No exame Objetivo de admissão com pressão arterial 247/97 mmHg, fundoscopia sem edema da papila, sem outras alterações de relevo.

Do estudo efectuado com acidemia metabólica (pH 7.28 pCO₂ 32.4mmHg bicarbonato 14.8 mmol/L), disfunção renal (ureia 250 mg/dL, creatinina 17.04 mg/dl), hipercalcemia (potássio 6.4mmol/L), sem leucocitose e sem sinais sugestivos de microangiopatia trombótica. Exame sumário de urina com leucocitúria (74.9/uL), eritrocitúria com eritrócitos não lisados e presença de cilindros hialinos. Ecografia renal sem

hidronefrose, rim esquerdo de dimensões normais e rim direito atrofico.

Por sintomatologia urémica optou-se por início de hemodiálise.

Após revisão do processo clínico, tomografia computadorizada do ano anterior com doença aterosclerótica das artérias renais, com rim direito atrofico e estenose renal significativa à esquerda confirmada neste internamento em ecodoppler das artérias renais. Discutido com cirurgia vascular tendo-se decidido por revascularização da artéria renal esquerda. Após intervenção, melhoria progressiva do débito urinário e da função renal a permitir suspensão de hemodiálise.

Apesar da revascularização não estar recomendada em todos os casos, está recomendada em doentes com deterioração da função renal e estenose renal bilateral significativa, sendo que neste caso, o facto de o rim esquerdo não estar atrofico, um fator a favor de recuperação após revascularização.

PO 330

CELIAC DISEASE PRESENTING AS PERIPHERAL LYMPHADENOPATHY: DIAGNOSTIC CHALLENGES IN IGA DEFICIENCY

Ana Margarida Fonseca; Mafalda Costa; Catarina Faustino; Beatriz Parreira; Jorge Almeida; Filipa Gomes
Hospital São João

Celiac disease is an immune-mediated enteropathy triggered by gluten in genetically predisposed individuals. While gastrointestinal symptoms and malabsorption are classical presentations, atypical manifestations such as isolated peripheral lymphadenopathy are rare. Selective IgA deficiency, which occurs in 2-3% of celiac disease patients (10-15 times more frequently than in the general population), may yield false-negative IgA-based serology, complicating diagnosis.

A 39-year-old male presented with unintentional weight loss, constipation, and iron-deficiency anemia partially responsive to oral iron supplementation. He was admitted for evaluation of a left inguinal lymph node conglomerate. Laboratory tests revealed mild hypoalbuminemia, mildly elevated transaminases and persistent microcytic anemia. Viral serologies (HIV, hepatitis B and C), sexually transmitted diseases and zoonoses testing, and a comprehensive autoimmune panel were negative. CT scan demonstrated mesenteric lymph nodes, left external iliac adenopathy, and necrotic left inguinal nodes. Serology revealed IgA deficiency, positive anti-tTG IgG, and negative IgA-based antibodies (anti-tTG and anti-endomysial antibodies). Upper endoscopy revealed gastric and duodenal mucosal atrophy. Duodenal biopsies showed villous atrophy, crypt hyperplasia, increased intraepithelial lymphocytes (>40 per 100 enterocytes) and mononuclear infiltrate (Marsh 3c). Fine-needle aspiration of the inguinal nodes revealed reactive follicular hyperplasia with giant

cell inflammatory reaction, without evidence of malignancy or infectious agents.

A strict gluten-free diet was initiated and the patient experienced weight gain, complete regression of adenopathy, and resolution of gastrointestinal symptoms. Nutritional parameters normalized, and follow-up remains uneventful.

This case illustrates an atypical presentation of celiac disease. It emphasizes the importance of considering celiac disease in patients with unexplained peripheral lymphadenopathy, particularly when IgA deficiency may obscure serological diagnosis. Exhaustive exclusion of malignancy and infection is essential before attributing lymphadenopathy to celiac disease. Early recognition and dietary intervention lead to clinical improvement.

PO 331

ADENOPATIA SUPRACLAVICULAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA B

Joana Cerdeira Frazão; Ana Luísa Campos; Glória Alves
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: As adenopatias supraclaviculares são um achado clínico potencialmente associado a patologia neoplásica. A sua avaliação exige integração de dados clínicos, imagiológicos e histopatológicos. A biópsia ganglionar é fundamental para o diagnóstico e classificação das doenças linfoproliferativas.

Caso clínico: Mulher de 65 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, excesso ponderal e valvulopatia aórtica moderada. Recorreu à consulta por nodularidade supraclavicular esquerda com cerca de seis meses de evolução, sem sintomas constitucionais. Negava febre, sudorese noturna, perda ponderal ou outras queixas sistémicas.

Ao exame Objetivo identificou-se pequeno nódulo palpável na fossa supraclavicular esquerda, móvel, indolor e sem aderência a planos profundos. A ecografia cervical evidenciou múltiplas adenopatias supraclaviculares esquerdas, a maior com cerca de 18x10 mm e espessamento cortical, sugerindo necessidade de caracterização citológica.

Foi realizada biópsia por agulha da adenopatia supraclavicular esquerda, cujo resultado revelou envolvimento ganglionar por doença linfoproliferativa de células B maduras de pequeno a intermédio tamanho, com características imunofenóticas sugestivas de origem no centro folicular. A doente foi referenciada para Hematologia-Oncologia para estadiamento e orientação terapêutica.

Discussão: Este caso destaca a importância da investigação de adenopatias supraclaviculares, mesmo na ausência de sintomas sistémicos. A avaliação imagiológica e a confirmação histológica permitem o diagnóstico precoce de doenças linfoproliferativas e o encaminhamento adequado para estadiamento e tratamento.

PO 332

TIROIDITE SUBAGUDA ASSOCIADA A OFATUMUMAB EM DOENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Joana Cerdeira Frazão; Joana Rego; Catarina Coelho Faria; Teresa Frazão; Leticia Leite; Glória Alves

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: O ofatumumab é um anticorpo monoclonal anti-CD20 utilizado no tratamento da esclerose múltipla remitente-recorrente. Embora apresente um perfil de segurança favorável, as complicações endócrinas associadas à sua utilização permanecem pouco descritas. A identificação de potenciais efeitos adversos imunológicos é relevante para o seguimento destes doentes.

Caso clínico: Mulher de 53 anos com diagnóstico de esclerose múltipla surto-remissão desde 2022, medicada com ofatumumab. Foi internada por síndrome febril de etiologia indeterminada associada a perda ponderal. Referia dor cervical anterior com sensibilidade à palpação da tireoide. Analiticamente apresentava hipertireoidismo (TSH suprimido e T4 livre elevada). A cintigrafia tiroideia demonstrou ausência quase completa de captação do radiofármaco, compatível com tiroidite subaguda. A ecografia tiroideia evidenciou glândula heterogênea com áreas pseudonodulares sugestivas de processo inflamatório. O estudo de autoimunidade tiroideia foi negativo. Foi iniciada terapêutica anti-inflamatória e tiamazol, com melhoria clínica e resolução da febre. Na evolução verificou-se normalização progressiva da função tiroideia, com posterior fase hipotireoideia transitória, iniciando levotiroxina em baixa dose.

Discussão: A tiroidite subaguda é habitualmente associada a infeções virais, sendo rara a sua associação a terapêuticas imunomoduladoras. Este caso sugere uma possível relação entre o tratamento com ofatumumab e inflamação tiroideia transitória. A identificação precoce desta entidade é importante no diagnóstico diferencial de síndrome febril em doentes com esclerose múltipla sob terapêutica imunológica, permitindo abordagem adequada e evitando investigações desnecessárias.

PO 333

PNEUMONIA ORGANIZATIVA EM DOENTE COM ANTECEDENTE DE CARCINOMA

Joana Cerdeira Frazão; Teresa Frazão; Diane Pimenta; Ana Teresa Gonçalves; Glória Alves; Catarina Coelho Faria

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: A pneumonia organizativa é uma doença inflamatória pulmonar caracterizada pela presença de tecido de granulação intra-alveolar, podendo surgir de forma idiopática ou secundária a infeção, radioterapia, fármacos ou neoplasia. Em doentes com antecedentes oncológicos, o diagnóstico diferencial com infeção ou progressão tumoral pode ser particularmente desafiante.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, com antecedentes de carcinoma ductal invasor da mama esquerda (G2, RH

positivo, HER2 negativo), submetida a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, em terapêutica hormonal com anastrozol e goserelina. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse seca, dor pleurítica e febre com cerca de duas semanas de evolução. Analiticamente apresentava parâmetros inflamatórios elevados.

A tomografia computadorizada torácica revelou extensa área de consolidação no lobo superior esquerdo com pequeno derrame pleural. Foi iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, posteriormente escalada para meropenem e vancomicina por persistência de febre e agravamento dos parâmetros inflamatórios.

O estudo microbiológico foi negativo. Realizou broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar. O exame citológico demonstrou infiltrado inflamatório com macrófagos alveolares e neutrófilos, sem células malignas. O exame histológico evidenciou fibrose com infiltrado inflamatório e corpos de Masson, compatível com pneumonia organizativa, sem evidência de envolvimento neoplásico.

Discussão: A pneumonia organizativa deve ser considerada no diagnóstico diferencial de consolidações pulmonares persistentes, particularmente em doentes com antecedentes oncológicos. A confirmação histológica é fundamental para excluir infeção ou doença neoplásica e orientar adequadamente o tratamento

PO 334

O PREÇO DA CURA: MIOCARDIOPATIA TÓXICA APÓS TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Miguel Martins Teixeira¹; Ângela Neto¹; Valéria Henriques²; Diogo Duarte Dias¹; Margarita Urquiola¹; Luísa Rebocho¹

¹ULS do Alentejo Central, EPE - Hospital Espírito Santo de Évora;

²ULS Região de Aveiro

Alguns dos tratamentos utilizados em oncologia, nomeadamente radioterapia, antraciclina, agentes alquilantes, são cardiotoxicos, podendo originar vasoespasm, necrose ou disfunção miocárdica.

Mulher, 69 anos, ECOG 3, obesidade e carcinoma papilar intraductal invasivo da mama esquerda diagnosticada 3 anos antes e submetida a tumorectomia, quimioterapia (utilizadas antraciclina, doxorubicina, ciclofosfamida e paclitaxel), radioterapia (dose estimada 50Gy) e letrozol. Apresentava dispneia para pequenos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edemas membros inferiores com meses de evolução. Recorreu ao serviço de urgência por tosse seca, agravamento súbito de dispneia e dor torácica tipo pleurítica. Foi excluído síndrome coronário agudo e tromboembolismo pulmonar, sendo internada por insuficiência cardíaca (IC) descompensada associada a insuficiência respiratória global e infeção a SARS-CoV-2. Destacou-se NT pro-BNP 9400pg/mL e hemibloqueio esquerdo anterior. O ecocardiograma revelou hipocinesia global do ventrículo esquerdo com fração de ejeção de 34% e dilatação das cavidades esquer-

das, ausentes previamente ao início da quimioterapia. Assim, concluiu-se descompensação de IC de fração de ejeção reduzida por miocardiopatia dilatada tóxica secundária à quimioterapia. Após terapêutica diurética e pilares modificadores de prognóstico, verificou-se melhoria clínica. Foi encaminhada para consulta de Cardiologia onde mantém seguimento.

Este caso destaca a importância da cardioncologia face ao aumento da incidência de neoplasias. A toxicidade cardíaca da quimio e radioterapia pode manifestar-se apenas meses ou anos após a sua administração, pelo que é fundamental uma vigilância apertada de síndromes de insuficiência cardíaca durante ou após determinados tratamentos oncológicos.

PO 335

ENTRE INFLAMAÇÃO E DISFUNÇÃO: UMA PERSPECTIVA SOBRE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Marta Reisinho Mesquita; Inês Pinto Rodrigues;
Rita Matos Sousa; André Sousa Vares; Cristina Miranda;
Ana Rita Marques

ULS de Braga

Introdução: O síndrome hemofagocítico é uma doença hiperinflamatória grave e potencialmente fatal, resultante de ativação imune desregulada e produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias. Pode ser primária, associada a defeitos genéticos da função citotóxica de linfócitos T e células NK, ou secundária, desencadeada por infeções, doenças autoimunes ou neoplasias. Caracteriza-se por febre persistente, citopenias, hepatoesplenomegalia e alterações laboratoriais como hiperferritinemia, hipertrigliceridemia e elevação de marcadores inflamatórios. A apresentação clínica é inespecífica e pode mimetizar sépsis ou exacerbações de doenças inflamatórias, levando ao atraso diagnóstico. O reconhecimento precoce e a instituição rápida de terapêutica dirigida são fundamentais para reduzir a elevada morbimortalidade associada a esta entidade.

Caso clínico: Mulher, 60 anos, com clínica com 1 mês de evolução de astenia, febre (38-39°C) e dejeções diarreicas. Realizou ecocardiograma que identificou massa cardíaca, assumindo-se inicialmente o diagnóstico de endocardite. Por apresentar várias hemoculturas negativas, febre persistente sob antibioterapia e alterações analíticas de novo, excluída endocardite. Identificada pancitopenia, hiperferritinemia e citocolestase, calculado HScore com elevada probabilidade de síndrome hemofagocítica. A biópsia medular fez o diagnóstico definitivo ao revelar “medula óssea hiperplásica com dismielopoiese e presença de aspetos de eritrofagocitose”, tendo iniciado corticoterapia com boa resposta. Quanto à etiologia, sem evidência de infeção, neoplasia, doença autoimune ou toxicidade farmacológica, mantendo seguimento em consulta.

Conclusão: Este caso destaca a importância de suspei-

tar de síndrome hemofagocítica perante febre persistente, citopenias e inflamação sistémica inexplicada. O reconhecimento precoce e a investigação dirigida são essenciais para diagnóstico e início atempado de terapêutica.

PO 336

DERRAME PLEURAL SECUNDÁRIO A DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE

Lourenço Garcia¹; Catarina Henriques²; Catarina Henriques²;
Joana Silva³; Mariana Gaspar³; Beatriz Correia³;
Ricardo Mendes³; Rita Pontes²; Catarina Coelho²;
João Oliveira³; Márcia Agostinho Pereira³; Pedro Caiado³;
António Mesquita³; Catarina Patrício³; Augusto Ribeirinho³;
Vitor Brotas³; Sofia Pinheiro³

¹Hospital Santo António dos Capuchos; ²ULS São José; ³ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Medicina^{2,3}

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (*post-transplant lymphoproliferative disease*, PTLD) é uma complicação rara da imunossupressão crónica nos doentes transplantados. A apresentação clínica é heterogênea e inespecífica, dificultando o diagnóstico. **Caso clínico:** Homem de 60 anos, com doença renal terminal sob hemodiálise e transplantação hepática em 2019, imunossuprimido com tacrolimus e micofenolato mofetil, recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse e febre com 1 semana de evolução. À admissão apresentava hipoxémia, ingurgitamento venoso jugular e murmúrio vesicular abolido nos campos pulmonares inferiores bilateralmente. Analiticamente destacava-se elevação marcada da proteína C reativa e NT-proBNP. A radiografia torácica revelou um derrame pleural bilateral, tendo-se assumido o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, com início de antibioterapia empírica e intensificação da hemodiálise por sobrecarga volémica. Apesar de melhoria clínica inicial, persistiu o derrame pleural bilateral e marcadores de inflamação sistémica. A análise do líquido pleural revelou um exsudado com predomínio mononuclear e o estudo microbiológico foi negativo, incluindo culturas e teste de PCR para tuberculose. A citometria de fluxo do líquido pleural foi compatível com linfoma de células B. A PET evidenciou hipermetabolismo ganglionar difuso, esplénico e pleural. O estudo medular confirmou a presença de linfoma não-Hodgkin indolente da zona marginal, estabelecendo assim o diagnóstico de PTLD monomórfica. Iniciou tratamento com rituximab, com resposta metabólica completa.

Discussão: A PTLD pode cursar com manifestações inespecíficas e mimetizar múltiplas patologias, sobretudo em doentes imunossuprimidos. A persistência de derrames serosos sem etiologia definida deve levantar a suspeita de doença linfoproliferativa. O reconhecimento precoce permite instituir terapêutica dirigida e melhorar o prognóstico.

PO 337

HEPATITE A AGUDA EM ADULTO JOVEM: A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO NA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

Francisco Miguel Marujo Pinheiro; Rosário Calado; Mariana Pinheiro; José Melo; Susana Loureiro; Catarina Abreu; Rita Borges; Ana Luísa Azevedo; Isabel Apolinário; Filipa Silva; Guilherme Castro Gomes
Hospital de Braga

Introdução: A Hepatite A em adultos jovens pode ser um marcador de comportamentos de risco e exposição a múltiplas ISTs. O diagnóstico de hepatite aguda deve ser uma oportunidade para rastreio completo de infeções sexualmente transmissíveis. Apresentamos um caso que demonstra como a hepatite A serviu como sentinela para identificar sífilis latente, enfatizando a necessidade de abordagem de saúde pública integral nestes doentes.

Caso clínico: Homem de 35 anos foi ao serviço de urgência por náuseas, vômitos, febre e colúria com 4 dias de evolução. Negava sintomas intestinais e apresentava-se hemodinamicamente estável e sem organomegalias palpáveis. Analiticamente detetou-se hepatite citolítica grave: ALT 5095 U/L, AST 3032 U/L, bilirrubina total 3,8 mg/dL e LDH 1273 U/L, sem coagulopatia. Serologia confirmou infeção pelo vírus da Hepatite A (IgM > 7), com VIH e VHB/VHC negativos. TC abdominal revelou esplenomegalia (13,3 cm). Ficou internado, evoluiu favoravelmente e teve alta ao 7º dia. Dado o contexto rural, assumiu-se o consumo de água de poço como origem. Seis meses depois, na consulta de Medicina Interna, reportou adenopatias inguinais dolorosas. No reinterrogatório minucioso, admitiu comportamentos sexuais de risco (múltiplos parceiros, sexo desprotegido). O doente apresentava VDRL reativo e teste treponémico > 45. Após o diagnóstico e tratamento para Sífilis Latente Tardia com Penicilina G Benzatínica, o quadro de Hepatite A foi reclassificado retrospectivamente como infeção sexualmente transmissível (IST).

Discussão: Este caso ilustra como a Hepatite A pode funcionar como marcador sentinela de comportamentos de risco, permitindo identificação de ISTs assintomáticas. O diagnóstico de hepatite aguda em adultos jovens deve sempre incluir rastreio completo de ISTs, independentemente da via de transmissão presumida.

PO 338

PONTAS SOLTAS... ENDOCARDITE ASSOCIADA AO ELETROCATÉTER

Catarina Ribeiro Henriques¹; Catarina Ribeiro Henriques¹; Catarina Bogas Coelho²; Rita Pontes³; Lourenço Garcia²; Joana Catarina Silva²; Pedro Caiado Ferreira²; António Mesquita²; Catarina Patrício²; Augusto Ribeirinho²; Vítor Brotas²; Sofia Pinheiro¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta;

²ULS São José - Hospital Santo António dos Capuchos - Serviço de Medicina^{2,3}; ³ULS São José - Hospital Curry Cabral

Introdução: A endocardite associada a dispositivos intracardíacos é uma complicação rara, mas com elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Homem de 91 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de síndrome metabólica, cardiopatia isquémica e portador de pacemaker direito de dupla câmara desde 2019. Foi inicialmente internado por enfarte sem supra-ST. No 6º dia de internamento hospitalar desenvolveu quadro febril e observou-se flebite no dorso da mão direita, com posterior isolamento de MRSA em hemoculturas, pelo que iniciou antibioterapia com vancomicina dirigida. Realizou um ecocardiograma transtorácico que revelou, na porção auricular do eletrocatéter, filamentos pouco definidos, sendo difícil a exclusão de vegetações. Posteriormente, desenvolveu lesão renal aguda de novo, com proteinúria, hematúria e hipocomplementemia a C3, lesões de Janeway e opacidades pulmonares bilaterais, sugerindo fenómenos de embolização séptica multifocal. No 14º dia de internamento, realizou um ecocardiograma transesofágico, com observação de uma vegetação na válvula aórtica e imagem sessil no eletrodo de pacemaker auricular correspondente a vegetação. O caso foi discutido com a Arritmologia para decisão terapêutica – abordagem conservadora com antibioterapia ad eternum vs extração do pacemaker. Por deterioração clínica optou-se por terapêutica conservadora. O doente faleceu.

Discussão: A mortalidade da endocardite associada a dispositivos médicos é muito elevada, rondando os cerca de 30% ao fim de 1 ano. Por sua vez, o *S. aureus* é um agente de alta virulência. Em doentes com dispositivos médicos e bacteriemia o índice de suspeição de endocardite concomitante deve ser alto, de forma a fornecer atempadamente o melhor tratamento. Em termos terapêuticos, a extração de pacemaker associa-se a melhor prognóstico a longo prazo; porém, existe uma morbimortalidade peri-procedimento significativa, sobretudo em pessoas mais vulneráveis, não sendo realizada em todos os doentes.

PO 339

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IMUNE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE SARCOIDOSE

Marta P. De Almeida; Beatriz Gamito Gonzaga;
João Leão Lopes; Carla Costa; Gonçalo Peres;
Jorge Gama Prazeres

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica com apresentações clínicas variadas e frequentemente inespecíficas, que tornam o seu diagnóstico desafiante. O envolvimento hematológico é raro, sendo a púrpura trombocitopénica imune (PTI) uma manifestação pouco descrita, sobretudo na sua apresentação inicial.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 18 anos, recorreu ao serviço de urgência por dispneia, dor torácica e tosse produtiva, acompanhadas de perda ponderal, sudorese noturna, exantema petequeial generalizado com acometimento palmoplantar e gengivorragia. A avaliação laboratorial inicial revelou trombocitopenia grave (plaquetas $12 \times 10^9/L$), anemia ligeira (Hb 10.4 g/dL), parâmetros inflamatórios e coagulação dentro da normalidade e função renal preservada. A Angio-TC de tórax revelou múltiplas adenopatias mediastínicas, peri-hilares e supraclaviculares, uma das quais foi biopsada. Perante a suspeita de PTI e dado o elevado risco hemorrágico, iniciou corticoterapia sistémica e imunoglobulina endovenosa, com recuperação progressiva da contagem plaquetar e resolução da discrasia hemorrágica. Não obstante, manteve-se a sintomatologia constitucional e respiratória. Procedeu-se a uma investigação complementar exaustiva focada na identificação da etiologia do quadro, sem achados notáveis. A doente teve alta após estabilização clínica, com indicação para aguardar resultado da biópsia ganglionar efetuada. O exame histológico demonstrou granulomas não caseosos, confirmando o diagnóstico de sarcoidose, tendo a doente iniciado terapêutica dirigida a esta patologia de base.

Discussão: A PTI associada à sarcoidose é pouco frequente e escassamente descrita na literatura, exigindo um elevado grau de suspeição clínica, sobretudo quando a investigação complementar não fornece pistas diagnósticas claras. A descrição de casos como este reforça a evidência existente desta associação, conferindo maior robustez às conclusões atualmente disponíveis.

PO 340

SÍNDROME DE FANCONI INDUZIDO POR PIRAZINAMIDA - UMA CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA

Daniel Garrido; Gonçalo Fernandes; Jorge Miguel Mimoso;
Tiago Lopes; Mauro Santos

ULS Algarve

Introdução: A terapêutica da tuberculose pulmonar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol (HRZE) é geralmente segura, embora possa associar-se a efeitos adversos graves. A síndrome de Fanconi adquirida, caracterizada por disfunção tubular proximal, é uma entidade rara marcada por glicosúria normoglicémica, proteinúria tubular e alterações eletrolíticas, podendo evoluir para lesão renal aguda (LRA). O reconhecimento precoce é essencial para prevenir complicações e lesão renal persistente.

Caso clínico: Homem de 61 anos, internado com diagnóstico de tuberculose pulmonar extensa confirmada por baciloscopia e teste molecular para *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou terapêutica antibacilar com HRZE e, seis dias após, verificou-se agravamento da função renal, com creatinina de 3,43 mg/dL (basal 0,88 mg/dL), inicialmente interpretado como LRA pré-renal no contexto de diminuição da ingestão hídrica associada ao quadro constitucional. Contudo, após hidratação, não só não se verificou melhoria da função renal como se identificou glicosúria normoglicémica e proteinúria, previamente ausentes. O estudo complementar excluiu gamapatia monoclonal e etiologias estruturais. Perante a suspeita de síndrome de Fanconi adquirido e sendo a pirazinamida o fármaco mais provável, procedeu-se à sua suspensão, mantendo os restantes antibacilares, com melhoria da função renal e resolução das alterações urinárias.

Discussão: A síndrome de Fanconi adquirida é complicação rara da terapêutica antituberculosa. Neste caso, a relação temporal com a pirazinamida, a exclusão de causas alternativas e a reversibilidade após suspensão sustentam a provável associação causal. Este caso reforça a importância da monitorização da função renal e do exame urinário em doentes sob terapêutica antibacilar, permitindo deteção precoce de disfunção tubular, intervenção atempada e reversão da lesão renal.

PO 341

AVC DISTAL E PARAPROTEINEMIA: COINCIDÊNCIA OU CONTRIBUTO FISIOPATOLÓGICO?

Marta P. De Almeida; Beatriz Gamito Gonzaga;
João Leão Lopes; Carla Costa; Julián Barrios;
Jorge Gama Prazeres

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A macroglobulinemia de Waldenström (MW) é uma neoplasia linfoplasmocitária rara, caracterizada pela produção monoclonal de IgM. A sua expressão clínica é heterogénea, variando desde formas

indolentes e assintomáticas até quadros dominados por infiltração medular, com citopenias, fenômenos de hiperviscosidade, envolvimento neurológico periférico ou adenopatias. A sua associação com eventos isquêmicos arteriais permanece pouco clara.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 78 anos, internada por AVC isquêmico de ramo distal da artéria cerebral média esquerda. O estudo etiológico incluiu ECG, Holter 24h, ecocardiograma transtorácico e ecodoppler cervical e transcraniano, sem causa inequívoca identificada. Na avaliação laboratorial à admissão, apresentava anemia normocítica normocrômica (Hb 10.2 g/dL) e banda monoclonal na fração gama (pico 0.8 g/dL), que motivou a realização de estudo complementar adicional. A imunofixação sérica revelou IgM 1651 mg/dL, cadeias leves com rácio K/L 3.90 e beta-2-microglobulina 4.60 mg/L. A análise de urina de 24h incluía proteína de Bence Jones no valor de 15 mg/24h. O mielograma demonstrou 22% de linfoplasmócitos e 6% de plasmócitos, confirmando MW. Foi referenciada à Consulta Externa de Hematologia e Hospital de Dia de Oncologia, para início de tratamento.

Discussão: Este caso ilustra a importância da valorização de alterações laboratoriais no internamento que, em primeira instância, poderiam parecer acessórias. Perante um AVC em território distal sem etiologia inequívoca, a coincidência não deve excluir reflexão fisiopatológica. Embora a MW esteja mais associada a fenômenos de hiperviscosidade e trombose venosa, a paraproteinemia IgM pode induzir alterações microvasculares particularmente relevantes em territórios distais. Contudo, neste caso clínico, a contribuição causal para o AVC permanece especulativa. O diagnóstico de MW, ainda que incidental, reforça o papel integrador da Medicina Interna na identificação de doença sistêmica subjacente.

PO 342

PARA ALÉM DOS DIAGNÓSTICOS HABITUAIS: SERRATIA MARCESCENS COMO CAUSA DE CAVITAÇÃO PULMONAR

Isabel De Araújo; Margarida Sousa Ornelas; João Loja; Rafael Nascimento; Samuel Pereira; Teresa Faria
SESARAM

Introdução: As cavitações pulmonares apresentam um amplo espectro de diagnósticos diferenciais, incluindo infecções bacterianas, fúngicas, tuberculose e neoplasia. Reporta-se um caso de pneumonia cavitada bilateral a *Serratia Marcescens*.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, sem comorbidades conhecidas, recorreu ao serviço de urgência por quadro de dispneia, astenia, toracalgia e tosse produtiva com 3 semanas de evolução. À admissão apresentava-se apirética, eupneica sob 4l/min de oxigénio com murmúrio vesicular abolido na base esquerda e roncos bilateralmente. Foi solicitada radiografia torácica que

evidenciou derrame pleural no hemitórax esquerdo e múltiplas lesões pulmonares dispersas bilateralmente, algumas das quais cavitadas. Realizou tomografia computadorizada que confirmou a presença das lesões pulmonares cavitadas, a maior no lobo superior direito com cerca de 7,3 cm. Procedeu-se à colheita de culturas de expectoração e sangue e iniciou piperacilina tazobactam. Realizou broncofibroscopia com colheita de secreções brônquicas e exclusão de lesões tumorais em visualização direta. Isolou-se *Serratia Marcescens*, sensível ao antibiótico instituído, as antigenúrias foram negativas bem como as baciloscopias da expectoração e secreções brônquicas.

Admitiu-se o diagnóstico de pneumonia a *Serratia marcescens* complicada com abscesso no lobo superior direito, a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica. A doente faleceu ao fim de 23 dias, após infeção nosocomial por *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* e agravamento da insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Discussão: Este caso destaca uma apresentação agressiva e incomum de infeção pulmonar a *Serratia Marcescens*, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de cavitações pulmonares, mesmo em imunocompetentes, atendendo ao seu caráter oportunista e ao perfil crescente de resistência antimicrobiana.

PO 343

QUANDO VERTIGEM E ATAXIA NÃO SÃO AVC: UM CASO DE NEUROSÍFILIS

Nicole Moura; Ricardo Pedrosa; Rui Silva; Sofia Caridade; Isabel Silva; Margarida Araújo; Luísa Pinto; Francisco Matos
Hospital de Braga

Introdução: A neurosífilis continua a ser um diagnóstico desafiador particularmente em doentes idosos com múltiplas comorbilidades, em que sintomas neurológicos podem ser atribuídos a causas mais comuns.

Caso clínico: Homem de 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilhação auricular hipocoagulada, recorreu ao serviço de urgência por síndrome constitucional com três meses de evolução. Referiu ainda exantema macular eritematoso difuso e pruriginoso com cerca de um mês de evolução, hipoaúscia bilateral progressiva e visão enevoada intermitente. Nas 24 horas que antecederam a admissão apresentou vertigem, instabilidade postural e incapacidade para marcha autónoma. Segundo familiares, apresentaria comportamentos sexuais de risco, embora inicialmente negados pelo doente. Ao exame físico evidenciava-se nistagmo horizonte-rotatório e ataxia da marcha, sem outros défices neurológicos focais. Analiticamente destacava-se linfopenia, com restante hemograma, função renal e perfil hepático dentro da normalidade. Serologias víricas negativas. Testes treponémicos e não treponémicos positivos. A AngioTAC crânioencefálica não revelou imagem compatível com evento vascular agu-

do, contudo, devido ao elevado risco cardioembólico, não foi possível excluir totalmente evento isquêmico em território vertebrobasilar. Realizou audiometria que não revelou alterações e avaliação oftalmológica que documentou vitreíte bilateral. Optou-se por iniciar tratamento empírico para neurosífilis, não se realizando punção lombar considerando o risco-benefício da suspensão da hipocoagulação. No internamento realizou ressonância magnética que não revelou alterações. O doente completou 14 dias de antibioterapia dirigida, com melhoria progressiva das queixas.

Conclusão: Este caso evidencia um quadro complexo de neurosífilis em doente idoso com múltiplas comorbidades, destacando a importância da suspeição clínica precoce e da avaliação multidisciplinar.

PO 344

PSEUDO ANEMIA MICROANGIOPÁTICA TROMBÓTICA ASSOCIADA A DÉFICE DE VITAMINA B12: CASO CLÍNICO

Anita Campos; Raquel Cruz; Joana Gonçalves; Joana Rigor
ULS Póvoa de Varzim e Vila do Conde

A pseudo anemia microangiopática trombótica associada a déficit de vitamina B12 é uma condição rara que pode mimetizar uma microangiopatia trombótica, com apresentação de anemia hemolítica. Esta entidade resulta de eritropoiese ineficaz e hemólise intramedular secundárias ao déficit de vitamina B12. Apesar da semelhança clínica e laboratorial com microangiopatias trombóticas de outras etiologias, como a purpura trombocitopénica trombótica, o reconhecimento desta condição é fundamental, uma vez que o tratamento com vitamina B12 leva à rápida melhoria clínica e laboratorial, evitando terapêuticas desnecessárias e potencialmente invasivas.

Apresenta-se o caso de um homem com 57 anos, autónomo, com antecedentes de anemia ferropénica diagnosticada há 10 anos, não medicado, seguido em consulta de Medicina Interna e de Gastroenterologia. É encaminhado ao serviço de urgência pelos cuidados de saúde primários por anemia com hemoglobina 6,3 g/dl, volume globular médio 116 fl e déficit grave de vitamina B12 (74 pg/ml - valores de referência 197 - 771 pg/ml). Do estudo realizado no internamento, somam-se os seguintes achados: trombocitopenia (120000/L), elevação de lactato desidrogenase (4412 U/L), haptoglobina diminuída (<10 mg/dl), índice reticulocitário 0,98%, elevação discreta de bilirrubina indireta (0,93 mg/dL), teste de coombs direto negativo, anticorpo anti-células parietais positivo e anticorpo anti-factor intrínseco negativo. No esfregaço de sangue periférico, foi observada anisocitose com macrocitose, raros esquizócitos e alguns dacriócitos. Objetivada esplenomegalia em tomografia computadorizada abdominal. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou gastropatia atrofica do antro cuja histolo-

gia mostrou aspetos morfológicos sugestivos de gastrite auto-imune.

Iniciou cianocobalamina intramuscular durante três dias com resolução do déficit de vitamina B12 e melhoria da anemia e da trombocitopenia, tendo alta com suplementação intramuscular semanal, e posteriormente oral. Dois meses depois é observado em consulta de reavaliação, onde se constatou resolução da anemia, da trombocitopenia e dos marcadores de hemólise, tendo se estabelecido o diagnóstico final de pseudo anemia microangiopática trombótica associada a déficit de vitamina B12 por gastrite atrofica autoimune.

PO 345

HEMORRAGIA DIGESTIVA RECORRENTE EM DOENTE COM FA E CONTRAINDICAÇÃO PARA ANTICOAGULAÇÃO

Jorge Reboredo Pinheiro

Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Introdução: A hemorragia digestiva recorrente em doentes com hipertensão portal e múltiplas angiectasias gastrointestinais representa um desafio clínico significativo, especialmente quando coexistem com fibrilhação auricular (FA) com indicação formal para anticoagulação. A avaliação individualizada do risco hemorrágico e trombótico torna-se essencial, sobretudo em doentes idosos com múltiplas comorbidades.

Caso clínico: Homem de 75 anos, autónomo nas AVDs e cognitivamente íntegro, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, doença hepática crónica avançada por MetALD com esplenomegalia, pancitopenia e varizes esofágicas. História de múltiplos episódios de hemorragia digestiva alta e baixa, com identificação de varizes gástricas, angiectasias gástricas e cólicas.

Apresenta FA permanente, não anticoagulado devido a sucessivos episódios de hemorragia gastrointestinal após tentativas de reintrodução de terapêutica anticoagulante com necessidade de transfusão de unidades de glóbulos rubros e sucessivas endoscopia com fulguração de angiectasias.

Realizou por esse motivo encerramento do apêndice auricular esquerdo. No entanto, manteve episódios de hemorragia digestiva alta pelo que foi iniciada terapêutica com octreótido mensal. Atualmente encontra-se estável sem novos episódios de hemorragia e sem anemia.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da gestão da FA em doentes com doença hepática avançada e hemorragia digestiva recorrente. Em doentes com contraindicação absoluta à anticoagulação – devido a hemorragia refratária ou risco hemorrágico extremo – o encerramento do apêndice auricular esquerdo constitui uma estratégia eficaz para redução do risco de

AVC cardioembólico. A terapêutica com octreótido de longa duração surge como opção complementar eficaz para controlo de hemorragias secundárias a angiectasias gastrointestinais, especialmente em contexto de hipertensão portal e pancitopenia. A decisão terapêutica exigiu abordagem multidisciplinar e estratégias individualizadas, ponderando risco-benefício em cada etapa.

PO 346

HEMOCROMATOSE COM HETEROZIGOTIA C282Y E DOENÇA RENAL CRÓNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Isabel De Araújo; Margarida Sousa Ornelas; João Loja; Rafael Nascimento; Diogo Raposo André; Teresa Faria
SESARAM

Introdução: A hiperferritinemia é um achado laboratorial comum na prática clínica, podendo estar associado a uma condição inflamatória, sobrecarga de ferro hereditária ou adquirida, doença hepática, ou insuficiência renal. Relata-se um caso de um doente com hiperferritinemia em contexto multifactorial.

Caso clínico: Homem de 57 anos, com antecedentes pessoais de HTA, gota e alcoolismo crónico, seguido em consulta de medicina da dor por poliartralgias, é encaminhado a consulta de Medicina Interna por hiperferritinemia de causa a esclarecer. Trata-se de um doente que ao exame Objetivo não apresentava hiperpigmentação cutânea ou hepatomegalia mas evidenciava osteoartrose atípica das metacarpofalângicas (MCF). Analiticamente apresentava aumento progressivo dos valores de ferritina (3952 µg/L), da saturação da transferrina (>45%), agravamento da função renal (creatinina de 2.26 mg/dL) e anemia (hemoglobina 11.9 g/dL).

Do estudo exaustivo realizado, destaca-se doença renal crónica (DRC) estadio 3, ressonância magnética (RM) abdominal que identificou sobrecarga de ferro hepática e esplénica, com esteatose leve, e estudo genético que detetou heterozigotia C282Y, com gene HFE negativo para homozigotia.

Discussão: A saturação da transferrina >45%, os depósitos de ferro na RM e a osteoartrose atípica das MCF apoiam o diagnóstico de hemocromatose, apesar da heterozigotia C282Y isolada raramente causar sobrecarga de ferro clinicamente significativa, o que torna este caso particularmente relevante pela coexistência de consumo de álcool e DRC, que pode ter contribuído para a hiperferritinemia e anemia, complicando a interpretação do caso clínico.

A investigação de formas não-HFE de hemocromatose seria pertinente, embora estas sejam raras.

PO 347

UMA ZOONOSE NEM SEMPRE VEM SÓ

Paulo Braz Correia; Eduardo Santa; Maria De Belém Coelho; Sandra Ganchinho Lucas; Luísa Rebocho
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A leptospirose tem distribuição mundial e transmite-se por contacto direto com urina, fluidos de animais infetados, ingestão de comida e água contaminadas. A brucelose é transmitida pelo consumo de produtos não pasteurizados e pelo contacto da pele e mucosas com fluidos animais infetados (urina, sangue, leite).

Caso clínico: Homem, 61 anos, pastor de gado caprino e bovino, admitido no serviço de urgência por incapacidade para a marcha por mialgias dos membros inferiores e icterícia mucocutânea e escleróticas. Antecedentes: síndrome de Diógenes, etilismo e tabagismo marcados. Na admissão encontrava-se febril, icterico, com petéquias subconjuntivais, urina escura, sem edema ou sinais inflamatórios dos membros inferiores ou outras alterações. Analiticamente: hiperbilirrubinemia 13,83 mg/dL, à custa da bilirrubina direta, ALT 105 U/L; AST 173 U/L; GGT 149 U/L; ureia 93 mg/dL, creatinina 1,13 mg/dL e PCR 5,3 mg/dL. TC abdominal: fígado de contornos e volume normais e parênquima homogéneo. Sem dilatação das vias biliares. Por suspeita de leptospirose, foi internado para estudo etiológico e iniciou ceftriaxone. No estudo serológico são identificados anticorpos IgM positivos para *Leptospira* spp. e IgM para *Brucella* spp. com reação de Rosa de Bengala positiva. Ecocardiograma sem alterações. Suspende ceftriaxone após 5 dias, para adequar antibioterapia aos agentes e inicia doxiciclina e rifampicina, mantendo 6 semanas. Alta após 8 dias de internamento, com melhoria clínica e analítica significativas, sem mialgias, com redução da icterícia e bilirrubinemia, normal função renal e parâmetros hepáticos.

Discussão: O caso reforça a importância de considerar diagnósticos concomitantes, já que a exuberância da doença Weil ocultou o quadro clínico frustrante de brucelose. Demonstra que é fulcral o estudo de outras zoonoses, perante um diagnóstico positivo, pois apresentam fatores de risco semelhantes, mas diferem quanto ao agente e terapêutica.

PO 348

NEM TODA A MICOBACTÉRIA É TUBERCULOSE: UMA SÉRIE DE CASOS

Filipa Miranda Domingues; Sara Sousa Ferreira; Lília Castelo Branco; Cátia Loureiro Pereira; Cristiana Batouxas; Elisabete Pinelo; Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: As infeções por micobactérias não tuberculosas (MNT) têm manifestações variadas, sendo a pulmonar mais comum, e o seu diagnóstico pode ser complexo.

Caso 1: Mulher, 82anos, com bronquiectasias, pneu-

monia necrotizante em 2021. Quadro constitucional, crepitações à auscultação, PCR 2mg/dL. TC Tórax: lesões nodulares pulmonares dispersas. Expetoração: Ziehl Neelsen (ZN) +, PCR MT negativa e exame micobacteriológico (ExMB) com crescimento de MNT. Iniciou tratamento com boa evolução.

Caso 2: Masculino, 62anos, ex-fumador, esclerose sistêmica/polimiosite sob micofenolato de mofetil (MMF) e prednisolona (PDN) crônica e fibrose pulmonar pós-COVID19. Quadro de sudorese, tosse, perda de peso e inflamação sistêmica moderada em estudo de infecção/neoplasia/atividade de doença imune. Expetoração com isolamento *H. influenzae* (tratado), ZN negativo, PCR MT negativa e ExMB + na 3ª amostra para MNT. Ponderado início de tratamento. Após discussão multidisciplinar, realizou BFC com lavado brônquico/broncoalveolar(LB/LBA): ExMB negativo. Estabilidade clínica e analítica, proposta vigilância. Reparecimento de tosse: isolamento de MNT em nova amostra expetoração meses depois. Nesse período, internado por choque séptico a pneumonia, iniciando ATB empírica + macrólido, etambutol e rifampicina. Boa evolução.

Caso 3: Masculino, 83anos, SAF, PTI, sob PDN crônica e MMF. Alta recente por pneumonia bacteriana/SARS-CoV2. Persistência de sudorese, febre, inflamação sistêmica, procaltitonina negativa. Angio-TC Tórax: densificações parenquimatosas bilaterais - suspeita de pneumonia organizativa. Colheu produtos microbiológicos e iniciou ATB e PDN em alta dose. Isolamento de MNT na expetoração. Por evolução favorável, decidido realizar BFC com LB/LBA: ExMB negativos. Considerando resultados, melhora clínica/imagiológica, assumida vigilância.

Conclusão: O diagnóstico e decisão quanto ao tratamento representam um desafio, exigindo integração de critérios clínicos/imagiológicos/microbiológicos.

PO 349

O C QUE CONTA: QUANDO A ANEMIA NÃO É SÓ FERROPÊNICA

Filipa Miranda Domingues; Sara Sousa Ferreira; Lília Castelo Branco; Cátia Loureiro Pereira; Anabela Correia; Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A hemoglobinopatia C é uma condição autossômica recessiva que se caracteriza por uma variante estrutural da hemoglobina, resultante de uma mutação pontual no gene da cadeia β -globina, com maior prevalência em populações da África Ocidental.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 23 anos, autônoma, raça negra, natural de São Tomé, referenciada para consulta hospitalar para estudo de anemia detetada em contexto de estudo pré-anestésico para remoção eletiva de tumefação do pavilhão auricular direito. Doente assintomática, incluindo ausência de perdas hemáticas, realçando-se

palidez das mucosas, sem icterícia e sem organomegalias palpáveis. Analiticamente apresentava anemia microcítica e hipocrômica (Hemoglobina(Hb) 10,5 g/dL, Volume Globular Médio (VGM) 67,5 fL, Concentração de Hemoglobina Globular Média (CHGM) 32,4 g/dL), sem outras citopenias, documentando-se ferropenia e déficit de ácido fólico. Realizada suplementação com ferro endovenoso e ácido fólico oral com melhora parcial de anemia e da microcitose (Hb 12,1, VGM 75,1fL, CHGM 33,7g/dL). Pela suspeita de hemoglobinopatia, pedida eletroforese de hemoglobina detetando-se banda de hemoglobina com mobilidade electroforética compatível com hemoglobina C (30%) e com hemoglobina A2 (4.7%). **Conclusão:** A hemoglobinopatia C é frequentemente subdiagnosticada e deve ser considerada no estudo etiológico da anemia, particularmente em doentes jovens com contextos epidemiológicos sugestivos. A sua relevância clínica aumenta quando combinada com outras hemoglobinopatias. O reconhecimento precoce permite uma adequada orientação clínica, aconselhamento genético e prevenção de complicações.

PO 350

FEBRE INTERMITENTE... CORAÇÃO DOENTE?

Margarida Paixão Ferreira; Daria Bem; Pedro Fortes; Patrícia Marujo; Pedro Costa

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) deve ser uma hipótese considerada perante a identificação de bacteriemia ou um caso de febre de origem indeterminada, sobretudo na presença de factores de risco. A presença de dispositivos é um factor de risco conhecido, sendo que o risco de infecção aumenta com o tempo e o número de reintervenções.

Caso clínico: Homem de 85 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca com FEj preservada e etiologia hipertensiva e valvular (IT major), anemia ferropénica (em contexto de angiodisplasias do delgado), fibrilhação auricular e portador de pacemaker (2005). Recorreu ao SU por febre intermitente (T_{máx} 38,5°C, sem horário preferencial) com cerca de três semanas de evolução, associada a anorexia e astenia. Já tinha cumprido antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico, com persistência de febre. Observação inicial apenas com fervores basais na auscultação. Analiticamente com Hgb 8,9g/dL, leucocitose e PCR 10,46mg/dL, creatinina 2,44mg/dL, NTproBNP 5000pg/mL. Realizou TC TAP sem identificação de foco. Foram colhidas hemoculturas e iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam. Foi internado para estudo e vigilância. Entretanto surgiram petéquias nos Mls e lesões de Janeway. Hemoculturas identificaram MSSA e trocou-se antibiótico para cefazolina. Realizou ETT, que foi sugestivo de endocardite de eléctrodo de pa-

cemaker, posteriormente confirmada em ETE. Foi transferido para serviço de Cardiologia, continuou sob cefazolina (cumpru 6 semanas, com hemoculturas de controlo negativas) e foi submetido a intervenção para retirada de eléctrodos de *pacemaker*. Ficou com *pacemaker* provisório e duas semanas depois colocou *leadless pacemaker*.

Conclusão: O elevado número de colocação de dispositivos e posterior necessidade de substituição resultou num aumento significativo das taxas de infecção. A endocardite do eléctrodo de *pacemaker* representa 10% dos casos de EI e tem elevada mortalidade, quer intra-hospitalar quer posterior, mesmo com o tratamento adequado. Ainda assim, a identificação precoce e o tratamento adequado poderão reduzir esse risco.

PO 351

INTOLERÂNCIA ORTOSTÁTICA COMO CAUSA DE SÍNCOPE: O VALOR DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Beatriz Gamito Gonzaga; Marta P. De Almeida; Carla Costa; Gonçalo Peres; Julián Barrios; Jorge Gama Prazeres
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A síncope recorrente em jovens adultos constitui um desafio diagnóstico, exigindo exclusão sistemática de causas cardiogénicas e neurológicas potencialmente graves. A síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS) é uma forma de intolerância ortostática caracterizada pelo aumento sustentado da frequência cardíaca ≥ 30 bpm (ou FC ≥ 120 bpm) nos primeiros 10 minutos de ortostatismo, na ausência de hipotensão ortostática, acompanhada de sintomas crónicos há pelo menos 3 meses.

Caso clínico: Mulher de 35 anos, com antecedentes de tiroidite de Hashimoto, referenciada para estudo de lipotímias com 2-3 anos de evolução, por vezes descritas como síncope, com recuperação rápida de consciência e episódios ocasionais de incontinência urinária. Relatava pródromos de fraqueza generalizada de progressão caudo-cefálica. Exame Objetivo sem alterações de relevo. Estudo complementar com ecocardiograma transtorácico, doppler venoso periférico, Holter e EEG sem alterações. Documentou-se frequência cardíaca de 94 bpm em sedestação, aumentando para 134 bpm aos 5 minutos de ortostatismo (+40 bpm), sem queda tensional significativa (TA mantida $>115/80$ mmHg), cumprindo critérios diagnósticos de POTS. Iniciadas medidas não farmacológicas (aumento de ingestão hídrica e salina, compressão elástica) e, por persistência sintomática, fludrocortisona 0,1 mg/dia e propranolol 10 mg 2-3x/dia, com melhoria progressiva da sintomatologia. Em seguimento, encontrava-se praticamente assintomática, com episódios esporádicos e autolimitados.

Discussão: Este caso ilustra a importância da avaliação sistematizada da síncope, incluindo a medição estruturada de sinais vitais em ortostatismo, frequen-

temente negligenciada. O reconhecimento precoce de POTS evita investigação excessiva, reduz iatrogenia diagnóstica e possibilita terapêutica dirigida, com impacto significativo na qualidade de vida. Na síncope recorrente do adulto jovem, o diagnóstico pode estar na observação clínica cuidadosa.

PO 352

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE PRIMÁRIO OCULTO NUMA DOENTE IMUNOCOMPROMETIDA: QUANDO NEM TUDO É INFEÇÃO

Beatriz Gamito Gonzaga; Marta P. De Almeida; João Leão Lopes; Gonçalo Peres; Julián Barrios; Jorge Gama Prazeres

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: O carcinoma de primário oculto (CPO) representa um desafio diagnóstico e terapêutico, particularmente em doentes imunocomprometidos, nos quais a patologia infecciosa é frequentemente a primeira hipótese.

Caso clínico: Sexo feminino, 45 anos, com antecedentes de infeção VIH-1 com critérios de SIDA, sob terapêutica antirretrovírica; DPOC, infeção VHC tratada e hábitos tabágicos ativos. Recorreu ao serviço de urgência por toracalgia pleurítica, dispneia e tosse produtiva, com perda ponderal de 13 kg/~2m. Assumida pneumonia adquirida na comunidade complicada de volumoso derrame pleural, e iniciada antibioterapia empírica. Por ausência de melhoria clínica, internada para estudo etiológico. Do qual se destaca toracocentese com líquido pleural com características de exsudado, sem isolamento microbiológico, e TC TAP com glândula tiroideia de dimensões aumentadas e esboços nodulares hipocaptantes, múltiplas adenopatias cervicais e mediastínicas, derrame pleural loculado bilateral e múltiplas lesões sólidas pulmonares sugestivas de atipia.

A avaliação anatomo-patológica com resultados muito díspares, nomeadamente, biópsias da tiroide sugestivas de carcinoma anaplásico, biópsia pleural e líquido pleural sugestivo de carcinoma pouco diferenciado sem ser possível determinar origem de neoplasia primária e biópsia ganglionar a corroborar mas com perfil imunohistoquímico (IHQ) sugestivo de origem mamária.

Assumido um CPO com patologia predominantemente torácica e afecção extratorácica, pertencente a grupo de mau prognóstico tendo-se optado iniciar quimioterapia urgente guiada por perfil IHQ de origem mamária num internamento com múltiplas intercorrências.

Discussão: Este caso evidencia a complexidade diagnóstica do CPO em contexto de imunossupressão, onde a apresentação inicial simulou patologia infecciosa. A integração de dados clínicos, imagiológicos e imuno-histoquímicos foi determinante para a orientação terapêutica.

PO 353**DOS NÓDULOS ÀS ADENOPATIAS – O CAMINHO SINUOSO DA SARCOIDOSE**

Margarida Paixão Ferreira; Daria Bem; Pedro Fortes; Patrícia Marujo; Pedro Costa

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica, de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos. Envolve principalmente o pulmão (~90%). Tem sintomas inespecíficos, embora existam algumas associações sintomáticas muito específicas.

Caso clínico: Homem, 45 anos, com hipertensão arterial e obesidade, recorreu ao SU por nódulos eritematosos dolorosos na porção distal dos MIs, precedidos de artralguas nos tornozelos, sem outras queixas, associando-se a VS 70mm/h. Foi medicado com AINE e encaminhado para consulta. Na consulta, apenas cansaço fácil. Pedida TC torácica pela radiografia de tórax no SU com aparente aumento dos hilos - presença de múltiplos micronódulos de baixa densidade, múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares, sem derrame pleural. ECA sérica diminuída. PET com hipermetabolismo ganglionar intra e extra-torácico e esplénico, compatível com a suspeita de doença inflamatória granulomatosa em actividade, não se excluindo malignidade. Realizado EBUS com LBA com CD4/CD8 5.05, compatível com sarcoidose; pesquisa de BAAR, fungos e *P. jirovecii* negativas; citologia negativa para malignidade; biópsia com linfadenite granulomatosa crónica. Biópsia de gânglio inguinal também com granulomas sarcoides. Realizou ainda ETT (boa FSG do VE, hipertrofia septal), DLCO (normal) e RM cardíaca (sem achados sugestivos de sarcoidose). Foi excluído envolvimento ocular. Iniciou corticoterapia com TC torácica de reavaliação com significativa redução do número e dimensões de adenopatias mediastínicas e hilares e redução das micronodularidades. Em seguimento actual na consulta, em processo de redução gradual de corticoterapia.

Conclusão: O eritema nodoso é a manifestação cutânea mais comum na sarcoidose e tem sido frequentemente associado a um bom prognóstico. A presença de eritema nodoso com radiografia de tórax alterada deve levar a colocar a hipótese de sarcoidose. Salienta-se a importância do estudo complementar do envolvimento multiorgânico, apesar do envolvimento pulmonar ser o mais frequente, sendo importante a biópsia dos órgãos envolvidos para a exclusão de outras etiologias.

PO 354**ICTERÍCIA E PERDA PONDERAL: MANIFESTAÇÕES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA**

Ana Rita Lopes Soares; Carolina D. Gonçalves; Luísa Gomes Da Silva; Edite Nascimento

Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

A icterícia e a perda ponderal são sintomas que levantam suspeita de patologia neoplásica, hepatobiliar ou hemolítica, exigindo investigação etiológica cuidadosa. Porém, em doentes com insuficiência cardíaca (IC) avançada, estes sintomas podem resultar de hepatopatia congestiva, consequência da congestão venosa hepática crónica.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 70 anos, previamente autónoma, com antecedentes relevantes de IC com fração de ejeção preservada, no contexto de doença valvular aórtica e mitral graves, sendo portadora de válvula mitral biológica com disfunção protésica. Recorre ao serviço de urgência por prurido generalizado, icterícia, anorexia e perda ponderal de 10kg em 3 meses, associadas a dor abdominal epigástrica, náuseas e colúria. À observação encontrava-se descorada, ictérica, com turgescência venosa jugular, sopro sistólico panfocal, crepitações bibasais e desconforto à palpação abdominal. Analiticamente, anemia, elevação da LDH e hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina indireta. Radiografia de tórax com cardiomegalia. Ecografia abdominal com fígado cardíaco com dilatação das veias supra-hepáticas. Em internamento, realizou ecografia mamária e ginecológica, mamografia e TC-toracoabdominopélvica, sem evidência de neoplasia. Análises complementares mostraram infeção prévia por vírus da hepatite A, diminuição de haptoglobina, teste de Coombs negativo e esfregaço de sangue periférico sem alterações. O ecocardiograma transtorácico confirmou as alterações já conhecidas.

O quadro clínico foi interpretado no contexto de hepatopatia congestiva. Afigurou-se pouco provável tratar-se de anemia hemolítica por disfunção protésica dado tratar-se de válvula biológica com disfunção prévia e o aumento de LDH ser conhecido e baixo para o contexto. Salienta-se, assim, a importância de considerar a hepatopatia congestiva no diagnóstico diferencial de icterícia e perda ponderal em doentes com IC avançada, não descurando a investigação ativa de outras etiologias.

PO 355**ESTENOSE PILÓRICA EM DOENTE DE RISCO – O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO**

André Carlos Coelho; Jéssica Marques; Isabel Marques Correia; Isabel Fonseca; Arsénio Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A gastrite autoimune aumenta o risco de adenocarcinoma gástrico, pelo que se recomenda endoscopia digestiva alta (EDA) periódica. A maioria dos

doentes com gastrite autoimune apresenta disfunção autonômica, sendo esse um mecanismo fisiopatológico de disfunção pilórica. Sem critérios de diagnóstico específicos, o tratamento da disfunção pilórica é individualizado, englobando terapêutica farmacológica, endoscópica e/ou cirúrgica.

Caso clínico: Mulher de 78 anos, com gastrite autoimune, referenciada à consulta de Medicina Interna por epigastria, vômitos alimentares pós-prandiais e perda ponderal de 12% em 6 meses. História de episódio prévio semelhante com resolução espontânea. A cintigrafia de esvaziamento gástrico e o trânsito baritado do tubo digestivo revelaram atraso no esvaziamento gástrico e estenose pilórica. Por elevada suspeita de neoplasia, realizou EDA, que identificou estase alimentar e antro pouco distensível e pouco contrátil. O estudo anatomopatológico revelou pangastrite atrófica e metaplasia intestinal com pesquisa de *H. pylori* negativa. Repetiu a EDA para obtenção de maior número de biópsias, que confirmaram resultado anterior. A tomografia computadorizada identificou espessamento do piloro e antro gástrico, compatíveis com inflamação. Iniciou terapêutica procinética com recuperação do peso, regressão dos sintomas e sem evidência de estenose na reavaliação endoscópica. Por anti-Sc170 positivo, apesar da ausência de outros estigmas esclerodérmicos, realizou capilaroscopia, não sugestiva da patologia.

Discussão: Ainda que clinicamente semelhantes e sendo a gastrite autoimune uma condição pré-neoplásica, foi afastada a hipótese de neoplasia. Havendo episódio prévio e positividade para anti-Sc170, deve manter vigilância pela possibilidade de nova recorrência, inclusive com etiologia distinta. O caso reforça a importância do diagnóstico diferencial de estenose do piloro em doentes com fatores de risco para patologia funcional e maligna.

PO 356

QUANDO O FÍGADO SE ESCONDE ATRÁS DO SISTEMA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO SISTÊMICO

Maria Miguel Silva Santos; Ana Beatriz Lima; Bebiana de Sousa; Ana Catarina Camarneiro; Catarina Madaleno; Isabel Bessa; Sara Joana Faria; Rosário Santos Silva

HDFP

Introdução: As doenças hepáticas autoimunes (AI) podem ter manifestações clínicas heterogêneas e, por vezes, predominantemente extra-hepáticas. Quando a clínica sistêmica domina o quadro inicial, pode tornar-se particularmente desafiante.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, admitida por artralgias migratórias, dactilite, lesões cutâneas descamativas e dor torácica com irradiação para o hipocôndrio esquerdo, com 2 semanas de evolução. Referia ainda colúria, icterícia, febre e perda ponderal de cerca de

20 kg/2 anos. Apresentava antecedentes pessoais/familiares de doença tiroideia AI. Ao exame Objetivo destacava-se hepatomegalia. O estudo imagiológico revelou derrame pleural e pericárdico. Analiticamente verificou-se hiponatremia (127 mEq/L), hipotireoidismo subclínico e padrão de citocolestase (AST 184 U/L, ALT 203 U/L, FA 504 U/L, bilirrubina total 7,05 mg/dL, GGT 194 U/L), associado a hipergamaglobulinemia G (hiperIgG) (3841 mg/dL) e ANA positivo. Perante quadro de polisserosite foi internada para investigação etiológica. Realizou Tomografia Computorizada torácica e broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, sugestivos de pneumonia organizativa, iniciando corticoterapia com melhoria clínica. Na ausência de causa identificada para a disfunção hepática, com CPRM sem alterações e hiperIgG, foi solicitado perfil hepático AI e realizada biópsia hepática (BH).

Discussão e conclusão: A hepatite AI (HAI) caracteriza-se por inflamação hepatocelular imunomediada. Neste caso, a predominância de manifestações sistêmicas e polisserosite dificultou inicialmente o reconhecimento da etiologia hepática. A integração dos achados clínicos e laboratoriais, a exclusão de outras etiologias e a confirmação histológica permitiram estabelecer o diagnóstico de HAI tipo 1. Este caso reforça a importância de considerar a HAI perante disfunção hepática associada a hiperIg, mesmo quando predominam manifestações extra-hepáticas, salientando o papel da BH na confirmação diagnóstica e na orientação terapêutica.

PO 357

LIPOTIMIAS RECORRENTES: QUANDO A CAUSA ESTÁ NO FÍGADO

Angélica De Freitas E Lopes; Maria Leonor Vicente; Teresa Moitinho De Almeida; Maria Joana Alvarenga; Isabel Madruga

Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Hospital Egas Moniz

Introdução: Os quistos hepáticos simples são frequentemente assintomáticos e constituem achados incidentais. A infeção destes quistos é uma complicação rara, podendo apresentar manifestações clínicas inespecíficas, o que dificulta o diagnóstico. A identificação desta entidade é relevante, uma vez que pode originar infeções graves e repercussões hemodinâmicas.

Caso clínico: Mulher, 83 anos, com história clínica de hipertensão arterial, doença cerebrovascular, meningioma e neoplasia do cólon previamente tratados. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal, náuseas, vômitos e lipotímia tendo sido inicialmente assumido diagnóstico de cistite. Recorreu, novamente, dias depois por lipotímias recorrentes, anorexia, prostração e disúria. A tomografia computadorizada (TAC) evidenciou cálculo obstrutivo do ureter esquerdo com dilatação, coleção peri-gástrica e volumoso quisto hepático no lobo esquerdo. Foi colocado stent urete-

ral, com resolução da obstrução uretérica. Contudo, a doente manteve lipotimias, dor lombar, anorexia e deterioração funcional, motivando novo internamento. A reavaliação imagiológica revelou aumento do quisto hepático e abscesso peri-gástrico, por fistulização, pelo que foi realizada drenagem de ambos por drenagem percutânea e dreagem por ecoendoscopia, respetivamente, com isolamento do mesmo agente em ambos, *Escherichia coli*. Após drenagem e antibioterapia dirigida verificou-se melhoria clínica, com resolução das lipotimias e recuperação funcional.

Discussão: Este caso ilustra uma complicação rara de quisto hepático, cuja apresentação inicial foi inespecífica e mascarada por pielonefrite obstrutiva concomitante. A persistência de sintomas após resolução da obstrução urinária motivou investigação adicional, permitindo identificar infeção do quisto com aumento do volume, efeito compressivo das cavidades direitas cardíacas e fistulização peri-gástrica. O reconhecimento desta entidade é fundamental, uma vez que o tratamento exige drenagem associada a antibioterapia dirigida.

PO 358

GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE: UMA TEMPESTADE IMUNOLÓGICA MULTI-SISTÊMICA

Beatriz Andrade; Ana Patrícia Freitas; Sara Sousa; Magda Abreu; Ana P. Ferro; Maria João Rocha; Alexandre Vasconcelos

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (GEPA) é uma entidade rara, caracterizada pelo compromisso inflamatório da parede de vasos de pequeno calibre e pela presença de infiltrados eosinofílicos extravasculares. Apresenta uma evolução clínica tipicamente trifásica - fase prodrómica, eosinofílica e vasculítica. Em seguida, descreve-se um caso clínico em fase vasculítica, com um espectro de atingimento multi-sistémico. Trata-se de um homem, de 74 anos, com antecedentes de rinossinusite crónica com polipose (infiltrado eosinofílico histológico). Apresentava um quadro com 6 meses de evolução de síndrome constitucional, associada a dor neuropática dos membros inferiores. Analiticamente, com anemia normocítica, eosinofilia periférica (2200/ μ L), VS 111mm/1^ah, lesão renal rapidamente progressiva (creatinina 9,2mg/dL, à admissão; 1mg/dL, 6 meses antes), com proteinúria não nefrótica e eritrocitúria, elevação da IgE (4352,5UI/mL) e positividade do anticorpo anti-MPO (>134UI/mL). A biópsia renal era escassamente representativa, apresentando 2 crescentes celulares, com imunofluorescência negativa, e aspetos de necrose tubular aguda. Destacava-se também o atingimento pulmonar, com padrão micronodular peribroncovascular em TC, e neurológico, com polineuropatia sensitivomotora axonal, em eletromiografia. O doente apresentava ainda petéquias nos membros inferiores e lesões nodulares

ulceradas na face extensora das articulações, síncronas com o restante quadro, sendo formas de apresentação cutânea da doença. Segundo os critérios da ACR/EULAR de 2022, obtém-se um score de 14, que confirma a classificação de GEPA (score $\geq$ 6). Assim sendo, realizou 3 dias de pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona 1mg/kg/dia. Ainda durante o internamento, iniciou rituximab, com desmame gradual de corticoterapia. Verificou-se uma evolução clínica favorável, com recuperação progressiva da função renal (creatinina à alta, 3,7 mg/dL).

Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da GEPA, em que a doença nasossinusal é muitas vezes o prelúdio de uma tempestade imunológica. A celeridade na instituição de terapêutica imunossupressora combinada foi determinante para a recuperação da função renal, evitando a progressão para doença renal terminal.

PO 359

UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE OU SARCOIDOSE COM ATINGIMENTO INCOMUM?

Beatriz Andrade; Filipa Trigo; Nuno Cerejeira; Teresa Sampaio; Inês Neves; Miguel Viana; Ana Luísa Nunes; Vasco Barreto
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A granulomatose com poliangeíte (GPA) e a sarcoidose são doenças inflamatórias sistémicas caracterizadas pela formação de granulomas. Apesar da semelhança morfológica, distinguem-se pelos mecanismos fisiopatológicos, padrões histológicos e órgãos preferencialmente envolvidos. Ainda assim, a diferenciação entre ambas pode constituir um desafio significativo.

Doente do sexo masculino, de 44 anos, com rinossinusite crónica sem polipose, crostas nasais persistentes e desvio do septo nasal, foi submetido a cirurgia endoscópica nasossinusal, complicada com perfuração quase total do septo cartilágneo. O exame histológico revelou intenso processo inflamatório xantogranulomatoso, sem necrose, com células gigantes multinucleadas, sem vasculite ou eosinofilia. Orientado para consulta externa de Medicina Interna, para despiste de doença sistémica subjacente. Estudo analítico sem alterações, incluindo enzima conversora da angiotensina, velocidade de sedimentação, imunoglobulinas e complemento, anticorpos antinucleares (ANAs) e anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). A tomografia computadorizada torácica mostrou adenopatias mediastino-hilares, bronquiectasias e densificação intersticial pulmonar com padrão micronodular, predominante nos lobos superiores. Efetuada broncofibroscopia, cujo lavado broncoalveolar e biópsias trans-brônquicas evidenciaram alveolite linfocítica intensa e granulomas epitelioides, respetivamente, achados sugestivos de sarcoidose. Contudo, a apresentação nasossinusal, com crostas persistentes e evolução para perfuração septal, são incomuns nesta entidade,

corroborando mais a hipótese de GPA. Após discussão multidisciplinar, iniciado metotrexato (dose máxima 20mg/semana), adequado a ambas as patologias. Desde então, verificada melhoria clínica e imagiológica progressivas.

Este caso evidencia a complexidade inerente ao diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias granulomatosas, em que a sobreposição de manifestações clínicas e achados histopatológicos – frequentemente não patognomônicos – pode atrasar a definição diagnóstica e exigir uma abordagem integrada e multidisciplinar.

PO 360

QUANDO A ANAMNESE LUDIBRIA O DIAGNÓSTICO FINAL

Carolina J. M. Teixeira¹; Pedro Avelar¹;

Rita Dos Santos Marques¹; Lia Marques²; Ana Costa¹

¹Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras;

²Hospital CUF Infante Santo

Introdução: A vasculite leucocitoclástica (VL) é uma vasculite de pequenos vasos, manifestando-se classicamente por púrpura palpável, frequentemente nos membros inferiores. Pode ter atingimento sistémico com lesão renal, articular, pulmonar, muscular, cardíaca, gastrointestinal e/ou dos nervos periféricos. Até 50% dos casos são idiopáticos, mas pode ser secundária a fármacos, doenças infecciosas ou neoplásicas. Faz diagnóstico diferencial com a púrpura HenochSchönlein. O diagnóstico é confirmado por biópsia das lesões com infiltrado de neutrófilos, necrose fibrinoide da parede vascular e fragmentação nuclear (leucocitoclasia) nas vênulas pós-capilares.

Caso clínico: Mulher, 70 anos, autónoma, com hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, osteoporose, gastrite atrófica e artroplastia do joelho direito. Recorreu ao Serviço de Urgência(SU) por gonalgia esquerda e pápulas purpúricas bilaterais nos membros inferiores de início súbito e progressão proximal. Da anamnese salienta-se realização de endoscopia digestiva alta sob anestesia e tratamento dentário sob anestesia local - Artinibsa 40mg/ml + 10ug/ml, na semana anterior e com contacto regular com galinhas. Foi avaliada por Dermatologista que descreveu: “dermatose simétrica com máculas e pápulas purpúricas não digitopressíveis, algumas confluentes com vesículo-bolhas hemorrágicas centrais em alvo” e realizou biópsia das lesões. O estudo complementar revelou: hematúria (10 erit/ μ L) e proteinúria (1+), sem elevação dos parâmetros de infecção e com serologias para VIH, Hepatites, Sífilis, EBV, CMV, Rickettsia, Brucella e Leptospirose negativas, assim como os marcadores tumorais. A biópsia cutânea confirmou VL, sem depósitos de IgA. Instituiu-se prednisolona oral (30 mg/dia com desmame gradual) e corticoterapia tópica. A doente evoluiu favoravelmente com melhoria progressiva das lesões cutâneas.

Discussão: O presente caso representa uma forma localizada cutânea de VL e pretende relembrar a importância da investigação etiológica com exclusão de causas infecciosas e neoplásicas. Salienta ainda a importância da anamnese, que neste caso sugeria zoonose ou toxidermia.

PO 361

QUANDO OS D-DÍMEROS ENGANAM: SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTI-SISTÉMICA SEM TROMBOEMBOLISMO

Rostyslav Romashchuk

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: Os D-dímeros são amplamente utilizados na exclusão de tromboembolismo venoso, porém podem elevar-se significativamente em diversos estados inflamatórios sistémicos. Valores extremamente elevados podem mimetizar doença tromboembólica e representar um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e tuberculose pulmonar tratada, recorreu ao serviço de urgência por lipotímia associada a náuseas, vômitos e mal-estar geral. Analiticamente apresentava leucocitose neutrofílica, proteína C reativa (PCR) de 277 mg/L e D-dímeros de 14 309 ng/mL. Perante a suspeita de tromboembolismo pulmonar foi realizada angio-TC pulmonar e ecodoppler venoso dos membros inferiores, ambos sem evidência de doença tromboembólica. Durante o internamento verificou-se agravamento do síndrome inflamatório com PCR máxima de 351 mg/L e procalcitonina de 2,21 ng/mL, associado a hipotensão transitória, citólise hepática e desenvolvimento posterior de derrame pleural bilateral com atelectasia basal. Observou-se ainda anemia inflamatória com trombocitose reativa. A investigação autoimune e ecocardiograma não revelaram alterações relevantes. Foi instituída antibioterapia empírica, com evolução clínica favorável e melhoria progressiva dos parâmetros inflamatórios e imagiológicos.

Discussão: Valores extremamente elevados de D-dímeros (>10 000 ng/mL) são frequentemente associados a tromboembolismo venoso. Contudo, a ativação da coagulação em contexto de inflamação sistémica grave pode originar elevações marcadas deste parâmetro na ausência de trombose. Este caso destaca a importância da interpretação integrada dos D-dímeros no contexto clínico, evitando sobrevalorização isolada de forma a orientar adequadamente a abordagem clínica.

PO 362

COREIA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE DOENÇA DE GRAVES

Beatriz Andrade; Ana Laura Costa; Helena Estevão-Pereira; Inês Graça; Matilde Boavida; Tânia Fernandes; Cláudia Nogueira; Cecília Moreira

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A associação entre distúrbios do movimento e alterações endócrinas é amplamente conhecida. A coreia, apesar de comum na apresentação de várias doenças neurológicas, trata-se de uma manifestação rara de hipertireoidismo, o que torna relevante a publicação de casos como o que será apresentado em seguida.

Doente do sexo masculino, de 21 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência com um quadro de parestesias periorais e do hemicorpo esquerdo e movimentos involuntários no membro superior esquerdo, de predomínio proximal, irregulares e com frequência variável, compatíveis com coreia. Associadamente, com tremor, perda ponderal de cerca de 17 Kg (em cerca de 3 meses), polifagia, hipersudorese, insónia e queda de cabelo. No estudo realizado com angio-tomografia computadorizada cerebral e dos vasos do pescoço, ressonância magnética cerebral, eletroencefalograma e punção lombar, não se encontrou alterações. Contudo, na investigação laboratorial, foi documentada tireotoxicose (TSH < 0,01 µUI/mL, T4 livre 2,15 ng/dL, T3 livre 7,27 pg/mL), com os restantes parâmetros - ionograma, função renal, enzimologia hepática, estudo imune e serologias infecciosas - dentro da normalidade. A ecografia tiroideia evidenciou uma glândula de dimensões ligeiramente aumentadas, com textura hiperecogénea e algo heterógena. A investigação posterior revelou tratar-se de Doença de Graves (anticorpos anti-recetor da TSH positivos), tendo iniciado tiamazol. Atualmente, o doente apresenta função tiroideia normal, sem recorrência dos movimentos coreiformes ou do tremor. Este caso demonstra a importância de se considerar o hipertireoidismo no diagnóstico diferencial de distúrbios de movimento, como a coreia, particularmente se associados a outros sinais ou sintomas favorecedores. O reconhecimento precoce permite o início de terapêutica dirigida e a rápida resolução do quadro clínico.

PO 363

MIOPERICARDITE RECIDIVANTE NA POLIARTERITE NODOSA: QUANDO O CORAÇÃO É O ÓRGÃO ALVO

Beatriz Andrade; A. Beatriz Ferreira; Duarte Lima; Ana Rita Sárria; Alexandre Vasconcelos; Ana Luísa Nunes

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite necrotizante de vasos de médio calibre, podendo atingir múltiplos órgãos e sistemas. O envolvimento cardíaco decorre em 5-20% dos casos, manifestando-se raramente como miopericardite.

Doente do sexo feminino, de 60 anos, com diagnóstico prévio de PAN, com atingimento gastrointestinal e do sistema nervoso periférico, sob tratamento de manutenção com metotrexato (15mg/semana), internada seis anos depois por dor torácica pleurítica associada a elevação da troponina de alta sensibilidade, sem alterações eletrocardiográficas. Ressonância cardíaca mostrou envolvimento miopericárdico inflamatório, sugestivo de miopericardite aguda. VS 40mm/h e PCR 196mg/L, com restante estudo complementar normal. Teve alta, sem diagnóstico subjacente definitivo, assintomática sob AAS 500mg 8/8h e colchicina 0,5mg id. Cerca de 2 semanas depois, apresentou recidiva precoce da miopericardite. Mantidos parâmetros inflamatórios elevados, com VS 31mm/h e PCR 126mg/L. Ecocardiograma transtorácico mostrou derrame pericárdico de pequeno volume e compromisso grave da função ventricular esquerda de novo. Atendendo ao contexto clínico e à recidiva precoce, foi assumida PAN com atingimento de órgão major, pelo que iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com resolução da dor torácica e normalização dos parâmetros inflamatórios. Escalada imunossupressão, justificada por um *Five Factor Score* ≥ 1, tendo sido iniciado rituximab (dose de indução), mantendo prednisolona em desmame. Após a alta, sem recidiva sintomática, com ecocardiograma transtorácico sem derrame pericárdico.

Este caso ilustra a gravidade do atingimento cardíaco provocado pela PAN, quando não precocemente identificado e, consequentemente, não adequadamente tratado. Embora a ciclofosfamida seja reconhecida como tratamento de primeira linha na PAN com atingimento de órgão major, relatos na literatura surgem a mostrar o uso bem sucedido de rituximab, como alternativa terapêutica nos casos refratários ou recidivantes.

PO 364

NEM TUDO O QUE PARECE É – UM CASO DE VASCULITE ANCA

Beatriz Pacheco Tavares; Diogo Medeiros; Daniela Ribeiro; Filipa Lima; Catarina Cabral; Luis Dias

Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A vasculite associada a anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) é uma doença autoimune rara caracterizada por inflamação necrotizante dos pequenos e médios vasos, que pode causar lesão orgânica irreversível. Os sintomas iniciais são inespecíficos, dificultando a abordagem diagnóstica, podendo atingir órgãos como o rim, pulmão e pele. Apresenta-se um doente do sexo masculino, de 71 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata e patologia degenerativa da coluna vertebral. Recorre ao serviço de urgência (SU) por lombalgia direita com três meses de evolução, com irradiação anterior abdominal, associado a perda ponderal de 6 Kg (7.6%). Um mês antes da admissão com

agravamento da dor, associado a febre e hipersudorese noturna. Tinha sido medicado previamente com Levofloxacina e Ceftriaxone, sem melhoria. Do estudo inicial salienta-se ligeira anemia, elevação discreta da proteína C reativa (PCR), função renal sem alterações, urina II com hematóproteinúria, urocultura e hemoculturas negativas. Durante o internamento, manteve picos febris, vespertinos, agravamento progressivo da função renal e anemia. Velocidade de sedimentação 104 milímetros por hora. Serologias infecciosas negativas. O estudo imunológico revelou ANCA-MPO positivo, com restante autoimunidade negativa. Tomografia Axial Computorizada (TAC) toraco-abdomino-pélvica revelou consolidações em vidro despolido, associado a nódulos sólidos dispersos, de natureza séptica/vasculite? A TAC dorso-lombar mostrou apenas alterações degenerativas. Realizada biópsia renal que confirmou glomerulonefrite pauci-imune compatível com vasculite associada a ANCA-MPO. Este caso ilustra a dificuldade do diagnóstico das vasculites ANCA, uma vez que podem mimetizar processos infecciosos ou neoplásicos. É fundamental um elevado índice de suspeição de forma a ser iniciada terapêutica precocemente e induzir remissão da doença.

PO 365

CÂIBRAS GENERALIZADAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Pacheco Tavares; Filipa Lima; Diogo Medeiros; Daniela Ribeiros; Luis Dias
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

A miopatia inflamatória autoimune constitui um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas por inflamação muscular crônica com possível envolvimento multissistémico. Manifestam-se tipicamente por fraqueza muscular proximal simétrica e elevação persistente da creatina cinase (CK). O diagnóstico passa pela clínica, presença de autoanticorpos, eletromiografia (EMG) e por vezes biópsia muscular. A corticoterapia e imunossupressão são os pilares terapêuticos. Apresenta-se o caso de uma mulher de 53 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e patologia osteoarticular degenerativa. Enviada a consulta de Medicina Interna por quadro de câibras generalizadas, envolvendo inclusive a língua, que surgiam em repouso, associadas a mialgias generalizadas, rigidez matinal, fadiga e xerostomia, com mais de 30 anos de evolução. Irmã com história semelhante. Sem relação temporal com a toma de estatina, e sem melhoria após a sua suspensão. Analiticamente apresentava elevação persistente da CK, valor máximo de 1029 Unidades por litro, sem outras alterações. O estudo imunológico revelou ANA 1/160 (padrão citoplasmático granular), positividade para anticorpo anti-PL7 e fator reumatoide, sendo negativo o restante painel de autoanticorpos. A eletromiografia não evidenciou padrão miopático, apenas discreta atrofia

neurogénica crónica distal, ressonância magnética e Tomografia Axial Computorizada cerebral sem alterações de relevo. Perante estes achados, o quadro é sugestivo de miopatia inflamatória autoimune no espectro da síndrome anti-sintetase, apesar da apresentação atípica e ausência de alterações eletromiográficas compatíveis. Este caso ilustra a importância de considerar etiologia autoimune perante queixas musculares crónicas aparentemente inespecíficas, incluindo manifestações incomuns como câibras línguas.

PO 366

NEM TUDO É AVC: UM CASO DE PRES

Patrícia Santos; Cláudia Nunes; Inês Domingues; Miguel Rodrigues; Vanda Spencer
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é uma entidade clínico-radiológica rara mas cada vez mais prevalente no mundo dos internistas. Caracteriza-se por alteração do estado de consciência, cefaleia, convulsões e distúrbios visuais, com crise hipertensiva associada ou alguns medicamentos imunossupressores. O diagnóstico é auxiliado pela alterações imagiológicas na ressonância caracterizadas por edema vasogénico da substância branca na região occipital e parietal. O reconhecimento precoce é fundamental, uma vez que a reversibilidade depende do tratamento atempado do fator precipitante.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, admitida por quadro de défices neurológicos agudos sem alterações imagiológicas agudas em tomografia computadorizada. Durante a permanência no serviço de urgência desenvolve quadro de alteração do estado de consciência associada a crise hipertensiva e cefaleia intensa, com posterior paragem respiratória e necessidade de entubação orotraqueal. Foi transferida para os cuidados intensivos onde evoluiu favoravelmente com possibilidade de extubação após 24 horas e recuperação dos défices neurológicos mas mantendo flutuação do estado de consciência. Atendendo à suspeita inicial de evento isquémico cerebral realizou ressonância magnética que revelou “hipersinal em T2 FLAIR da substância branca cerebral subcortical e periventricular fronto-parieto-occipital bilateral”. Após descarte de outras patologias agudas e com um bom controlo tensional houve uma melhoria progressiva do estado neurológico.

Discussão: A PRES constitui um diagnóstico importante no contexto de manifestações neurológicas agudas em doentes com fatores predisponentes. A ressonância magnética é o exame de eleição para confirmação diagnóstica. Este caso destaca a importância de estarmos atentos a doentes com alterações neurológicas agudas, com vista a que défices neurológicos reversíveis não se tornem permanentes

PO 367

LÚPUS , MAS NÃO SÓ ...

Pedro Moules; Rita Palma Féria; Telma Costa Cabral;
Pedro Neto Pinto; Ana Grilo; Fernando Martos Gonçalves
Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas

Introdução: As doenças autoimunes sistêmicas caracterizam-se pela sua heterogeneidade clínica e imunológica, não sendo entidades estanques. Com a evolução da doença, é frequente o aparecimento de novos sintomas ou marcadores serológicos característicos de outras patologias autoimunes, dando origem a síndromes de *overlap*.

Caso clínico: Mulher de 29 anos, com lúpus eritematoso sistêmico com nefrite lúpica documentada em biópsia diagnosticado em 2014, com seguimento em consulta. Internada por queixas de disfagia, mialgias incapacitantes, parestesias e cianose distal dos dedos das mãos e dos pés, associado a diminuição da acuidade visual bilateral. Objetivavam-se úlceras com flictenas e necrose distal nos membros inferiores, lesões de hipoperfusão nos quatro membros e alteração da sensibilidade térmica e algica. A Oftalmologia confirmou oclusão da artéria central da retina à esquerda e oclusões arteriais e venosas ao olho direito.

Estudo imagiológico exclui doença de grandes vasos e estudo para agentes infecciosos foi negativo.

O estudo imunológico revelou ANA em padrão fino granular 1:640, Ro52, PM/Scl-100 e PM/Scl-75 positivos, sem consumo de complemento, dsDNA e RNP negativo, anticardiolipina, antiB2glicoproteínas e anti-coagulante lúpico negativo sendo o perfil imunológico compatível com síndrome de overlap com predomínio esclerodérmico.

De tratamento iniciou iloprost endovenoso, pulsos de metilprednisolona, câmara hiperbárica e hipocoagulação. Apesar da terapêutica instituída, verificou-se progressão da isquémia com mumificação e necessidade de amputação de múltiplas falanges distais das mãos e dos pés.

Conclusão: Este caso ilustra como uma doença autoimune estabelecida pode evoluir para uma síndrome de *overlap*, alterando radicalmente o fenótipo clínico dominante. Estas síndromes apresentam desafios diagnósticos e terapêuticos que sublinham a necessidade de uma abordagem estruturada e individualizada, com reavaliação periódica e atenção permanente ao surgimento de novas manifestações clínicas.

PO 368

NEM TODA ICTERÍCIA É HEPATITE: UM CASO DE DOENÇA DE WEIL

Adriana Basílio; Andreia Correia Bulhão; Ana Lima Silva;
Alice Pinheiro; Pedro Neves
ULS Médio Ave

Introdução: As zoonoses constituem um importante problema de saúde pública, sobretudo em indivíduos com exposição ocupacional a animais ou produtos de

origem animal. A Leptospirose é uma infeção bacteriana transmitida pelo contacto com urina de animais infetados ou ambientes contaminados. A apresentação clínica é variável, desde formas ligeiras até manifestações graves com envolvimento multiorgânico, nomeadamente hepático e renal (síndrome de Weil).

Caso clínico: Homem de 41 anos, CFS 1, natural do Senegal e residente em Portugal há 5 anos, trabalhador em matadouro, sem AP relevantes. Recorreu ao SU por quadro com cerca de uma semana de evolução de mialgias intensas, arrepios, náuseas e vômitos, seguido de icterícia com quatro dias de evolução. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável e apresentava escleróticas ictericas, sem outras alterações relevantes ao exame Objetivo. Analiticamente destacava-se hiperbilirrubinémia marcada predominantemente direta (BT 35,99 mg/dL), elevação moderada das transaminases (AST/ALT 167 U/L) e aumento de FA e GGT, configurando padrão misto de lesão hepática. Observavam-se ainda leucocitose, PCR elevada e lesão renal aguda (creatinina 2,44 mg/dL), com alterações hidroeletrólíticas. O TC AP não evidenciou dilatação das vias biliares nem alterações estruturais hepáticas relevantes. O estudo etiológico inicial revelou serologias negativas para vírus hepatotrópicos, HIV, EBV e CMV, pesquisa de *Plasmodium* negativa e autoimunidade negativa. Posteriormente identificou-se IgM positiva para *Leptospira* com IgG negativa, confirmando o diagnóstico. Durante o internamento verificou-se melhoria progressiva com terapêutica de suporte, tendo sido instituída antibioterapia com doxiciclina durante 7 dias, com evolução clínica e analítica favorável e resolução da lesão renal aguda. Teve alta ao 15.º dia, estável e assintomático, com melhoria analítica significativa, mantendo seguimento em consulta.

Conclusão: Este caso destaca a importância de considerar a leptospirose no diagnóstico diferencial de síndromes febris com icterícia e disfunção renal, sobretudo em doentes com fatores de risco ocupacionais. A anamnese dirigida e o reconhecimento precoce permitem diagnóstico e tratamento atempados, reduzindo a morbilidade associada.

PO 369

UNEXPLAINED ASCITES REVEALING PSEUDOMYXOMA PERITONEI

Beatriz Macedo Santos; Marco Marta; Miguel Antunes;
Ana Sá; Vanessa Palha; Narciso Oliveira
Hospital de Braga

Pseudomyxoma peritonei (PMP) is a rare mucinous neoplasm that presents with nonspecific symptoms and often inconclusive cytology, posing a diagnostic challenge. A 69-year-old woman with no prior medical history, including alcohol misuse, presented with progressive diffuse abdominal pain, anorexia, and weight loss over 10 months. She had been diagnosed with an umbilical

hernia and underwent surgical repair after 7 months without symptom resolution. Physical examination revealed tense ascites without signs of liver disease or lymphadenopathy. Abdominal computed tomography (CT) showed massive ascites and diffuse nodular omental thickening without intra-abdominal thrombosis.

Laboratory tests revealed thrombocytosis (481,000/ μ L), normal liver enzymes and albumin levels, and a C-reactive protein level of 11.9 mg/L (reference <5 mg/L). Ascitic fluid analysis showed total protein of 6 g/dL, lactate dehydrogenase of 416 U/L, and a serum-ascites albumin gradient (SAAG) of 1.1 g/dL. Amylase and adenosine deaminase levels were normal. The cell count was 2,311/ μ L, with a predominance of monocytes/macrophages. Ascitic fluid cytology and cultures, including acid-fast bacilli, were negative. Thoracic CT, endoscopic studies, and gynecological assessment excluded other neoplasia.

Peritoneal biopsy confirmed a low-grade mucinous neoplasm of probable appendiceal origin. The patient underwent cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy and remained clinically stable. This case highlights the challenges of evaluating ascites without known liver disease. In PMP, mucin-rich ascites containing few neoplastic cells results in low cytological yield and possible false-negative cytology. Borderline SAAG values may further complicate interpretation. When ascites remains unexplained and cytology is inconclusive, early biopsy is essential for establishing the diagnosis and enabling timely referral to specialized centers.

PO 370

PSEUDOANEURISMA PANCREÁTICO, UMA RARIDADE

Adriana Homem Da Costa; João De Brito; Rita Pinto Fernandes; Inês Fonseca Marques; Inês Pintassilgo

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Introdução: A pancreatite crônica origina inflamação progressiva, resultando em danos irreversíveis na estrutura e função do Pâncreas. De entre as complicações, encontra-se raramente o Pseudoaneurisma pancreático, potencialmente fatal. Existem ainda poucos casos descritos, estando a abordagem ainda não sistematizada.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 75 anos, autônoma, com múltiplas comorbilidades, sendo a mais relevante Artrite Reumatóide sob Metotrexato. Foi admitida por cansaço, polaquiúria, lombalgia, náuseas e febre com 2 dias de evolução. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, sem alterações da colestase e insuficiência respiratória parcial. Fez TC toraco-abdominal, que revelou Pneumonia bilateral e sinais de Pancreatite crônica agudizada, com área de necrose. Iniciou antibioterapia e suspendeu metotrexato. As hemoculturas isolaram *Streptococcus dysgalactiae*. Adicionalmente, teve como intercorrên-

cia precoce TEP e TVP, pelo que iniciou anticoagulação. Posteriormente, repetiu-se TC abdominal, que revelou pseudoaneurisma da artéria duodenopancreática. Foi tentada embolização, sem sucesso. Mais tarde, em segunda tentativa, esta revelou-se eficaz.

Discussão: O caso clínico evidencia a complexidade da gestão de complicações menos comuns da pancreatite crônica. O pseudoaneurisma pancreático exige elevada suspeição e vigilância imagiológica.

PO 371

ADENOPATIAS: UM PROVÁVEL LINFOMA DESMENTIDO PELA HISTÓRIA SEXUAL

Pedro Jordão De Freitas; Pedro Martins Gonçalves;

Alexandra Mendes; Cleide José Maria;

Maria João Costeira Pereira; Ana Andrade Oliveira

Hospital de Braga

Introdução: A sífilis é uma infeção causada por *Treponema pallidum*, com manifestações clínicas variadas consoante o estágio. A sífilis primária caracteriza-se por uma lesão única, geralmente peniana e indolor, mas esta localização pode variar mediante o local de inoculação. A secundária pode apresentar-se com linfadenopatias, podendo coexistir com lesões de sífilis primária, mimetizando outras patologias.

Caso clínico: Homem, 40 anos, sem antecedentes relevantes, encaminhado à consulta por adenopatias cervicais com 2 meses de evolução, associadas a hiperemia amigdalina esquerda e hemorragia local, negava sintomas B. A investigação prévia incluía: VDRL negativo 4 meses antes, ecografia cervical com adenopatias (maior de 17mm submandibular), TC cervical com proeminência amigdalina esquerda e adenopatias submandibulares e jugulocarotídeas, sugerindo doença linfoproliferativa e biópsia ganglionar não representativa de processo metastático/infeccioso. Na consulta, uma história sexual detalhada revelou relação homossexual estável, múltiplos parceiros extraconjugais e sexo oral desprotegido. Foram repetidas as serologias com RPR positivo (1:16), permitindo o diagnóstico de sífilis secundária. Iniciou penicilina G, com descida dos títulos para 1:2.

Discussão: As adenopatias cervicais têm amplo espectro de diagnósticos diferenciais. Neste caso, a apresentação primária em localização atípica e evolução que simulou doença linfoproliferativa levaram a investigação extensa. A obtenção tardia de história sexual adequada contribuiu para este atraso diagnóstico. Este caso reforça que uma história completa e exame físico minucioso desde o primeiro contacto são fundamentais para diagnóstico precoce e evitar exames desnecessários. A sífilis deve integrar as hipóteses diagnósticas de adenopatias cervicais, sobretudo em apresentações atípicas, dado ser curável e ter bom prognóstico. Um teste recente não reagente, em doente com risco de exposição contínuo, não deve afastar esta hipótese

PO 372

CARCINOMATOSE DIFUSA DA MEDULA ÓSSEA

Catarina Isabel Silva; Joana Formiga Viegas;
Sofia Alexandra Silva; Ana Paula Vilas

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A carcinomatose disseminada da medula óssea (CDMO) é rara e difere da metastização óssea habitual. Sobretudo associada ao adenocarcinoma (ADC) gástrico e da mama, corresponde à infiltração maciça da medula óssea de todo o esqueleto por células neoplásicas. Cursa com dor óssea intensa, citopénias, coagulação intravascular disseminada (CID), anemia hemolítica microangiopática, fosfatase alcalina (FA) muito elevada e calcémia normal. O *gold standard* diagnóstico é a biópsia óssea.

Caso clínico: Mulher, 74 anos, com hepatite autoimune, anemia perniciosa e gastrite crónica HP+ com úlcera gástrica da pequena curvatura em EDA de 2020. Foi tratada com inibidores da bomba de protões, sem erradicação do HP, e já ausente na EDA de 2021. Em ago/25 teve episódio autolimitado de epigastralgia e vómitos, e iniciou perda ponderal, que em jan/26 já correspondia a 34% do peso. Internada nesta altura, com dor óssea intensa lombar e da bacia, bicitopenia (Hb 6.9g/dL; plaquetas 17000/ μ L), hemólise Coombs negativa, ferritina 3350ng/mL (13-150), triglicéridos 329mg/dL (antes normal), fibrinogénio 180mg/dL (200-400), D-dímeros 275 μ g/mL (<0.5), FA 2210U/L e cálcio 9.1mg/dL. Admitido síndrome hemofagocítico com CID. Na TC de corpo, coluna e bacia, densificação da gordura mesentérica, ascite ligeira e alterações difusas do padrão trabecular ósseo, com lesões líticas e blásticas na coluna, sacro e ilíacos. Tentada EDA, não possível por intolerância. A biópsia óssea confirmou infiltração medular por ADC de provável origem gastrointestinal. Faleceu 2 semanas após admissão.

Discussão: A CDMO ocorre em menos de 1% dos ADC gástricos. Neste caso, admitimos ADC gástrico complicado de CDMO e carcinomatose peritoneal. Como usual em casos de CDMO, o óbito ocorreu em semanas. O caso alerta para esta entidade de prognóstico sombrio, mas também para a necessidade da adequada valorização de queixas numa doente com gastrite crónica HP+ e anemia perniciosa, ambas predisponentes a ADC gástrico.

PO 373

NEUROCISTICERCOSE ATIVA EM DOENTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO: DESAFIO NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Carolina Gomes; Pedro Guerreiro; Cláudia Abreu de Jesus;
João Santos; João Barbosa Barroso; Bruno Ferreira
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A neurocisticercose é uma doença infecciosa rara, causada pelo verme *Taenia solium*, que afeta o sistema nervoso central. Manifesta-se sobretudo com

cefaleias, convulsões, astenia e alterações do comportamento. Nos casos mais graves, pode levar à morte se não for identificada precocemente.

O diagnóstico é feito através de exames de imagem, como a tomografia computadorizada crânioencefálica (TC-CE) e a ressonância magnética crânioencefálica (RM-CE).

Em termos terapêuticos, os quistos parenquimatosos viáveis (estadio vesicular) e os quistos coloidais devem de ser tratados com antiparasitário e corticoterapia. Nos quistos calcificados, não há benefício na terapêutica antiparasitária, devendo ser utilizados antiepiléticos para prevenir crises convulsivas.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de um doente de 25 anos, autónomo, com história pessoal conhecida de neurocisticercose desde 2022, altura em que realizou tratamento dirigido; medicado em ambulatório com Carbamezapina 250mg por dia. Admitido por crise convulsiva tónico-clónica generalizada. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TC-CE que evidenciou múltiplos quistos cerebrais hemisféricos bilaterais, coexistindo múltiplas calcificações focais; e alguns dos quistos ativos, com halo de edema adjacente. Para melhor caracterização realizou RM-CE que revelou lesões parasitárias em diferentes estádios evolutivos: várias em fase vesicular, algumas em fase vesicular-coloidal e outras em fase nodular-granular. Iniciou terapêutica com Albendazol e Praziquantel durante 14 dias, associada a corticoterapia em alta dose e Levetiracetam sem novas crises convulsivas. Realizou TC-CE de reavaliação 3 meses após terapêutica, constatando-se apenas quistos calcificados.

Discussão: Este caso pretende lembrar que, apesar de existir um diagnóstico estabelecido com tratamento prévio, deverá ser equacionada a presença de novos quistos em fase vesicular ou coloidal, se sintomatologia de novo.

PO 374

SÍNDROMES AUTO-INFLAMATÓRIAS – UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Catarina Isabel Silva; Joana Formiga Viegas;
Sofia Alexandra Silva; Ana Paula Vilas

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A síndrome de Schnitzler é uma doença auto-inflamatória sistémica adquirida, caracterizada por lesões urticariformes crónicas não pruriginosas associadas a gamapatia monoclonal. Febre e poliartrite são manifestações frequentes, bem como elevação dos parâmetros inflamatórios. Trata-se de uma entidade rara, cujo diagnóstico é frequentemente tardio, após anos de evolução e múltiplos exames complementares. Apresenta-se um caso ilustrativo.

Caso clínico: Homem de 68 anos, que iniciou lesões cutâneas urticariformes não pruriginosas no tronco e membros. Apresentava ainda episódios autolimitados

de febre, poliartalgias e xeroftalmia. Foi inicialmente medicado com um ciclo curto de corticoide (CT), com remissão clínica. Contudo, após suspensão do CT, verificou-se recidiva. Nos 8 anos seguintes manteve CT em doses elevadas, pois as tentativas de desmame resultavam invariavelmente em recorrência. Recorreu a vários médicos e realizou múltiplos exames, documentando-se elevação persistente dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 13.000–15.000/ μ L, PCR 7–20mg/dL, VS >80mm/1h), gamapatia monoclonal IgM kappa, ANA+ e anti-Ro+. O mielograma foi normal. A biópsia cutânea revelou achados compatíveis com urticária neutrofílica. A cintigrafia óssea evidenciou hipercaptação difusa nas grandes e pequenas articulações. Perante estes achados, estabeleceu-se o diagnóstico de síndrome de Schnitzler e iniciou-se Anakinra (antagonista do recetor da IL-1), com remissão clínica em poucos dias, mantida mesmo após suspensão dos CT. **Discussão:** As artralguas são frequentes e a febre autolimitada é muitas vezes desvalorizada. Quando associadas a lesões urticariformes e alterações laboratoriais características, deve considerar-se síndrome de Schnitzler. A doença associa-se a risco de progressão para neoplasia hematológica, risco que parece reduzir-se com terapêutica dirigida à IL-1. O diagnóstico precoce permite melhorar a qualidade de vida e potencialmente o prognóstico do doente.

PO 375

PARA ALÉM DA COLECISTITE AGUDA – UM CASO DE TUBERCULOSE DISSEMINADA

João Barbosa Barroso; Beatriz Mendes Almeida;
Carolina Gomes; Daniela Barbosa Mateus;
Nelson Serrano Marçal
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A tuberculose (TB) é a doença infecciosa bacteriana mais mortífera a nível global. Apesar da manifestação pulmonar ser a mais comum, a TB apresenta uma multitudine de apresentações que se estende a todos os sistemas de órgão.

Caso clínico: Sexo feminino, 47 anos, com antecedentes relevantes de TB latente tratada com isoniazida durante 9 meses em 2023; esclerite anterior idiopática sob adalimumab mensal desde há 6 meses antes de admissão e prednisolona baixa dose.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal dos quadrantes superiores irradiada à região dorsal direita, associada a náuseas e vômitos ocasionais, febre, sem predomínio de horário, e sudorese nocturna com mês de evolução.

Observada pela Cirurgia Geral, que verificou abdómen doloroso à palpação profunda do hipocôndrio direito. Foi pedida ecografia abdominal que mostrava litíase intravesicular, assumindo diagnóstico de colecistite aguda litiásica. Submetida a colecistectomia laparoscópica, verificando-se a presença de formações com-

patíveis com implantes peritoneais. No pós-operatório por instalação de insuficiência respiratória parcial, realizou angioTC-tórax com padrão nodular aleatório bilateralmente, derrame pleural direito e tromboembolismo pulmonar bilateral. Perante os achados, foi transferida para Medicina Interna colocando-se inicialmente a hipótese de neoplasia com metastização pulmonar e abdominal. No entanto, a avaliação histológica das diferentes amostras revelou extensa necrose da mucosa da vesícula biliar e presença de numerosos granulomas epitelióides de tipo tuberculóide com células gigantes multinucleadas de tipo *Langhans*, com *Ziehl-Neelsen* negativa.

Deste modo, assumiu-se provável TB disseminada. Foi submetida a broncofibroscopia com posterior positividade de BK por PCR em lavado broncoalveolar, secreções brônquicas e expetoração, com baciloscopias negativas. Não foi detetada resistência à rifampicina. Iniciou terapêutica antibacilar, com melhoria clínica, tendo alta encaminhada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Conclusão: A TB pode afetar qualquer órgão ou sistema, especialmente no doente sob terapêutica anti-TNF alfa. Este caso reforça a necessidade de vigilância mesmo nos que completaram o tratamento de TB latente.

PO 376

POLINEUROPATIA GRAVE SECUNDÁRIA A DISSULFIRAM

Carolina Gomes; Pedro Guerreiro; Cláudia Abreu de Jesus;
João Santos; João Barbosa Barroso; Bruno Ferreira
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: O dissulfiram, fármaco utilizado no tratamento da perturbação do uso de álcool, apesar de ser bem tolerado, pode associar-se a efeitos adversos neurológicos; incluindo neuropatia periférica, encefalopatia tóxica e raramente, lesões estruturais do sistema nervoso central. A neuropatia associada ao dissulfiram caracteriza-se por uma polineuropatia sensitivo-motora axonal de instalação subaguda, manifestando-se por parestesias, dor neuropática e défice motor progressivo. O envolvimento do sistema nervoso central é menos frequente, estando frequentemente associado a alterações imagiológicas bilaterais e simétricas dos gânglios da base. O reconhecimento desta entidade é importante, dado que a suspensão do fármaco constitui a principal medida terapêutica.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de uma doente de 45 anos, com antecedentes pessoais de perturbação do uso de álcool e perturbação depressiva, medicada em ambulatório com dissulfiram 500 mg, fluoxetina 20 mg e mirtazapina 30 mg. Foi admitida no serviço de urgência por um quadro de hiperestesia e parestesia dos membros inferiores, de agravamento progressivo. À admissão salientava-se tetraparésia proximal, com hipo/arreflexia e sensibilidade tátil

preservada. Realizou TC crânioencefálica, que revelou lesões hipodensas putaminais posteriores bilaterais, com ligeira compressão das valas silvicas, sugestivas de encefalopatia tóxica ou metabólica.

Para estudo etiológico, realizou estudo analítico, punção lombar com pesquisa de vírus neurotrópicos (ambos sem alterações); e RM crânioencefálica que evidenciou lesões simétricas putaminais posteriores e talâmicas mediais com efeito tumefacto, apresentando hipersinal e edema vasogénico na região adjacente da cápsula externa, sugerindo etiologia tóxica ou metabólica. O eletromiograma revelou polineuropatia sensitivo-motora axonal grave, sem assimetria significativa. Foi assumido como diagnóstico final polineuropatia sensitivo-motora axonal grave e envolvimento do sistema nervoso central de etiologia tóxica associada ao dissulfiram.

Discussão: A neurotoxicidade por dissulfiram, embora rara, poderá ser grave e deverá ser equacionada, visto que a suspensão precoce do fármaco é fundamental para prevenir a progressão e permitir alguma recuperação neurológica.

PO 377

SARCOIDOSE EXTRAPULMONAR: QUANDO O PULMÃO NÃO É O PROTAGONISTA

Maria Leonor Nascimento; Luísa Mendonça
Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de granulomas não caseosos. Embora o envolvimento pulmonar ocorra em mais de 90% dos casos, formas extrapulmonares mais raras podem ocorrer, incluindo o atingimento cardíaco e neurológico, associados a maior morbimortalidade e desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 59 anos, com antecedentes de sarcoidose extrapulmonar com envolvimento multissistémico documentado, sem seguimento médico há 3 anos. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro de tremores generalizados de início súbito, acompanhados de palpitações e mal-estar. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, com tremor de predomínio distal nos 4 membros e ritmo cardíaco irregular. O eletrocardiograma revelou fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida. Analiticamente, destacou-se TSH e T4L baixas. A ressonância magnética cranioencefálica e cardíaca confirmou infiltração granulomatosa da hipófise e do miocárdio, compatível com envolvimento neuroendócrino e cardíaco da doença. Foi iniciada amiodarona para cardioversão química e anticoagulação de acordo com o *score* CHA2DS2-VASc. Foi instituída reposição hormonal tiroideia e otimizada terapêutica imunossupressora. A doente foi ainda admitida eletivamente para colocação de gerador cardiodesfibrilhador (CDI)

subcutâneo.

Discussão: O envolvimento cardíaco da sarcoidose pode manifestar-se, apesar de menos frequente, sob a forma de fibrilhação auricular. O seu aparecimento é sugestivo de atividade inflamatória e *remodeling* cardíaco, pelo que um CDI pode ser colocado como prevenção primária. A infiltração granulomatosa da hipófise é rara e causa de hipotireoidismo central e outros défices hormonais. Este caso ilustra uma forma atípica de sarcoidose multissistémica, evidenciando a sua complexidade diagnóstica e a importância de considerar progressão da doença perante manifestações cardiovasculares ou endócrinas inesperadas.

PO 378

LINFOMA – UMA PATOLOGIA MULTIFACETADA

Catarina Isabel Silva; Joana Formiga Viegas;
Sofia Alexandra Silva; Ana Paula Vilas
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Os linfomas podem desenvolver-se em qualquer local onde existam linfócitos, sobretudo gânglios linfáticos, baço e medula óssea, mas também fígado, tubo digestivo, pele ou até sistema nervoso central. Apresentam-se classicamente por febre, sudorese noturna, perda ponderal e adenopatias indolores. Contudo, pela possibilidade de origem em múltiplos órgãos, podem manifestar-se de formas muito variadas, como ilustrado neste caso.

Caso clínico: Homem, 52 anos, fumador, com hiperhomocisteinémia e AVC isquémico do hemisfério direito aos 50 anos, sem sequelas. Iniciou dor, parestesias e parésia do membro superior esquerdo (MSE), surgindo depois nódulos subcutâneos dispersos. Recorreu várias vezes ao Serviço de Urgência, tendo sempre alta sob analgesia. Em dez/26 foi internado. À observação, bom estado geral, lesões subcutâneas de 1–4cm no dorso, virilhas e membros inferiores (duras, indolores, aderentes a planos profundos), esplenomegália e parésia distal do MSE. Analiticamente, anemia ferropénica e por défice de folatos (Hb 10,5g/dL), restantes linhagens normais, VS 58 mm/1h. TC-CE com lesão ocupante de espaço no hemisfério cerebral esquerdo. TC de corpo com nódulo pulmonar apical esquerdo, múltiplos nódulos suspeitos na base pulmonar direita, adenomegália paratraqueal direita e múltiplas lesões heterogêneas, parcialmente necróticas e multilobuladas intra-abdominais, nos tecidos moles perineais e da parede abdominal; as maiores entre a aorta e o rim direito (10×7cm), com invasão vascular, e abaixo do baço (9×7cm), sem plano de clivagem com o cólon ou parede abdominal. A biópsia de nódulo subcutâneo do dorso diagnosticou linfoma difuso de grandes células B.

Discussão: Neste caso, as primeiras manifestações relacionaram-se com compressão do plexo braquial e aparecimento de nódulos subcutâneos. Ilustra como uma apresentação clínica atípica pode dificultar o diag-

nóstico precoce, mas também o perigo de assunções diagnósticas e da desvalorização de algumas queixas.

PO 379

MICOBACTERIOSES ATÍPICAS: UM DIAGNÓSTICO DIFÍCIL E TARDIO

Luísa Marques; Rafael Beja Cruz; Rita Ribeiro Vilar;
Jéssica Oliveira; Sara Bernardo; Clara Matos
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: As micobacterioses atípicas são infeções raras, que afetam predominantemente indivíduos imunodeprimidos e estão associadas a elevada morbimortalidade. O seu diagnóstico é particularmente desafiante, exigindo um elevado grau de suspeição clínica, uma vez que a apresentação é frequentemente inespecífica e a confirmação microbiológica pode ser tardia.

Caso clínico: Homem de 61 anos, com antecedentes de vasculite leucocitoclásica, cardiopatia valvular e doença de Crohn, sob terapêutica biológica em ambulatório. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia de agravamento rápido, em relação com possível episódio de engasgamento. Foi assumida inicialmente uma pneumonia de aspiração num doente imunocomprometido, tendo iniciado antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam, sem isolamento de agente em hemoculturas. Após melhoria clínica inicial, verificou-se novo agravamento da insuficiência respiratória, recrudescência de febre e detetou-se derrame pleural bilateral de grande volume. Foi realizada uma toracocentese diagnóstica e evacuadora e foram colhidas novas hemoculturas, que se revelaram novamente negativas. Apesar de ter iniciado antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina, evoluiu desfavoravelmente com insuficiência respiratória progressiva, acabando por falecer. Apenas após o desfecho foi isolado *Mycobacterium gordonae* em cultura do líquido pleural.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica das micobacterioses atípicas, condicionada pelo crescimento lento em meio de cultura, que pode demorar até 6–8 semanas, atrasando o diagnóstico e a instituição de terapêutica dirigida. Destaca-se ainda o curso clínico frequentemente grave e o impacto prognóstico desfavorável destas infeções em doentes imunocomprometidos.

PO 380

COMPLICAÇÕES ALÉM DO CORAÇÃO: ENVOLVIMENTO MENINGOENCEFÁLICO NA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Luísa Marques; Rita Ribeiro Vilar; Ana Rita Tomás;
Jéssica Oliveira; Rafael Beja Cruz; Clara Matos
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A endocardite infecciosa é uma patologia grave, associada a uma elevada morbimortalidade e que pode complicar de diversas formas, entre elas através de fenómenos de embolização séptica com envolvimento de órgãos à distância, incluindo o siste-

ma nervoso central.

Caso clínico: Mulher de 82 anos, autónoma, com história de substituição valvular aórtica e mitral, que apresentava há cerca de 3 semanas de alteração progressiva do comportamento, desorientação e desorganização. Foi admitida no serviço de urgência por instalação súbita de afasia de expressão e desvio conjugado do olhar para a esquerda.

A tomografia computadorizada crânio encefálica inicial não revelou alterações. As hemoculturas colhidas isolaram *Streptococcus gallolyticus*, levantando a suspeita de endocardite com possível envolvimento do sistema nervoso central, tendo iniciado antibioterapia com ceftriaxone (2 g a cada 12 horas). Foi realizada punção lombar já posterior ao início da antibioterapia, que revelou pleiocitose com predomínio mononuclear, hipoglicorráquia e hiperproteínorráquia, sem qualquer isolamento microbiológico. O ecocardiograma transesofágico confirmou endocardite das próteses biológicas mitral e aórtica. Durante o internamento, manteve sempre uma desorientação marcada, afasia e agitação com movimentos involuntários coreiformes. A ressonância magnética crânio encefálica revelou ventriculite, empiemas bilaterais e lesões embólicas agudas, incluindo um foco de encefalite. Apesar da instituição precoce de antibioterapia dirigida adequada, a doente apresentou agravamento progressivo, sobretudo neurológico, culminando em óbito.

Conclusão: O caso ilustra uma complicação relativamente incomum de uma endocardite – a meningoencefalite – associada a elevada mortalidade. Destaca-se a gravidade do compromisso neurológico e o impacto prognóstico desfavorável, mesmo perante diagnóstico e tratamento precoces.

PO 381

EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÉNICO E GADOLÍNIO: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Ana Rita De Sousa Melo; Beatriz Câmara Lourenço;
Maria Rui Gomes; Inês Rueff Rato
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O gadolínio é amplamente utilizado como agente de contraste em ressonância magnética (RM), apesar de ser considerado seguro, pode associar-se a efeitos adversos graves, incluindo edema pulmonar não cardiogénico (EPNC). Trata-se de uma complicação rara cujo mecanismo fisiopatológico permanece pouco esclarecido, contudo pensa-se estar associado a um aumento da permeabilidade capilar pulmonar. Clinicamente apresenta-se como uma emergência médica, com dispneia súbita, hipoxemia e infiltrados pulmonares bilaterais, na ausência de evidência de disfunção cardíaca.

Caso clínico: Mulher, 73 anos, com antecedentes de hipertensão e hipotireoidismo. Trazida à urgência por dispneia súbita após realização de RM cardíaca com

gadolinio. À admissão com sinais de dificuldade respiratória e insuficiência respiratória parcial. Analiticamente sem alterações relevantes, NT-pro-BNP de 272 pg/mL. A Angio TC do Tórax excluiu tromboembolismo pulmonar e evidenciou derrame pleural bilateral e espessamento dos septos interlobulares sugestivo de edema pulmonar. O ecocardiograma transtorácico não revelou alterações estruturais ou funcionais. Face à relação temporal com a exposição ao contraste e à ausência de outra causa identificável, foi admitido o diagnóstico de EPNC associado ao gadolinio. A doente evoluiu favoravelmente com oxigenoterapia suplementar e terapêutica diurética.

Conclusão: Apesar de raro, o EPNC associado ao gadolinio deve ser considerado perante insuficiência respiratória aguda após realização de ressonância magnética com contraste. O reconhecimento precoce desta entidade permite uma abordagem célere e a instituição de tratamento de suporte adequado.

PO 382

MONONEUROPATIA MÚLTIPLA E INSUFICIÊNCIA RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Inês Carvalho Santos; Liliia Savka; Ana Sofia S Soares; Yu Wang; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Liliana R Santos

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Doente do sexo feminino, de 64 anos que recorreu ao SU por queixas de mialgias da cintura pélvica e escapular associada a perda da força muscular, cansaço para pequenos esforços, anorexia, calafrios noturnos, perda ponderal involuntária (16Kg em 3 meses) e rash eritematoso não pruriginoso intermitente, que desaparecia à digitopressão dos membros inferiores associado a parestesias. Ao exame Objetivo destacava-se livedo reticularis exuberante bilateralmente. Laboratorialmente apresentava elevação da velocidade de sedimentação (120 mm/h) e da proteína C reativa (20.5 mg/dL), anemia normocítica (Hb 9.7 g/dL, VGM 81.3 fL), fator reumatóide positivo (36.2 UI/mL), lesão renal aguda (creatinina sérica 2.4 mg/dL, creatinina sérica basal 0.8 mg/dL) e elevação das IgG (2255 mg/dL).

Foi assumido síndrome consumptivo com provável polimialgia reumática paraneoplásica. Realizou pesquisa de neoplasia oculta, que foi inconclusivo. Neste contexto, foi pedido estudo auto-imune, do qual se destacava anti-MPO positivo (51.4 UQ). Foi inclusivamente excluída miosite inflamatória. Realizou eletromiografia que revelou mononeuropatia múltipla confluyente, a favor de vasculite ANCA. Assumiu-se insuficiência renal rapidamente progressiva, tendo como possível etiologia vasculite ANCA MPO. A biópsia renal revelou glomerulonefrite crescêntica pauci-imune/ nefrite intersticial granulomatosa. Iniciou rituximab e prednisona (1mg/Kg) e dada a boa resposta à terapêutica de indução, iniciou azatioprina de manutenção.

Por ausência de asma, rinite e envolvimento pulmonar e apesar de eosinofilia transitória foi assumido como mais provável poliangeíte microscópica com envolvimento cutâneo, renal e neurológico. Este caso ilustra 1. a necessidade de elevada suspeição para vasculites ANCA em contexto de insuficiência renal rapidamente progressiva; 2. polimialgia reumática como forma rara e atípica de apresentação de poliangeíte microscópica que poderia ter atrasado o diagnóstico.

PO 383

OCCLUSÃO INTESTINAL COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE MELANOMA METASTÁTICO

Inês Carvalho Santos; Liliia Savka; Ana Sofia S Soares; Ana Maria Baltazar; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Liliiana R Santos

ULS Sta. Maria

A metastização de qualquer neoplasia para o intestino delgado é rara, sendo a neoplasia primário do intestino delgado ainda mais rara. Os melanomas malignos, oculares ou cutâneos, pertencem ao grupo de neoplasias malignas que mais metastizam para o trato gastrointestinal, sendo que os melanomas sem origem primária identificada correspondem até 9% de todos os melanomas. Apenas 1.5 a 4.4% das metástases para o trato gastrointestinal são diagnosticadas antes do óbito. Estes quadro são muitas vezes assintomáticos, o que condiciona um diagnóstico tardio.

Uma doente de 95 anos, com antecedentes de tromboembolia pulmonar de repetição com pesquisa de neoplasia e de trombofilias sempre negativo mas com história familiar de melanoma maligno no irmão aos 57 anos, foi admitida no serviço de urgência por um quadro de náuseas e vômitos alimentares acompanhado de dor abdominal difusa com 5 dias de evolução. Realizou tomografia computadorizada que revelou massa pélvica posterior mediana com cerca de 7x7cm, com componente necrótico, a condicionar encarceramento de segmento de ansa do delgado. A lesão não apresentava plano de clivagem com a transição retossigmoida. Tendo em conta o quadro, a doente foi submetida a ressecção segmentar do delgado por tumor oclusivo aderente à parede posterior da cavidade abdominal. A peça foi avaliado por Anatomia Patológica, que revelou aspetos compatíveis com melanoma maligno primitivo versus metastático com mutação BRAF V600. Foi pedida avaliação pela Dermatologia, que realizou biópsia de lesões suspeitas, sem achados compatíveis com melanoma maligno.

Este caso demonstra que o melanoma pode manifestar-se inicialmente através de complicações gastrointestinais, como a oclusão do intestino delgado, mesmo na ausência de lesão primária identificável. A raridade desta apresentação contribui para o atraso no diagnóstico, sendo a confirmação frequentemente estabelecida apenas após avaliação histopatológica.

PO 384

SÍNDROME DE SWEET – DESAFIO DIAGNOSTICO NUMA APRESENTAÇÃO FEBRIL COM LESÕES CUTÂNEAS

Renata Maçano; Daniela Cruz; Beatriz Câmara Lourenço; Rita Amorim Costa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A dermatose neutrofílica febril aguda, conhecida como Síndrome de Sweet, é uma condição clínico-patológica caracterizada pela tríade clássica: lesões cutâneas eritematosas dolorosas, febre e infiltrado neutrofílico dérmico denso na ausência de vasculite.

Neste contexto, apresenta-se o caso de um homem de 79 anos, caucasiano, com antecedentes de cardiopatia hipertensiva, com insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica e doença arterial periférica. Recorreu ao serviço de urgência por exuberantes flictenas nos membros inferiores com progressão para o abdómen e dorso, que não desaparecem à digitopressão, com febre concomitante. Sem outras alterações ao exame Objetivo. Realizada biópsia cutânea das lesões cuja histologia evidenciou infiltrado neutrofílico, compatível com Síndrome de Sweet. No estudo por tomografia, objetivaram-se múltiplas adenopatias mediastínicas e para-aórticas esquerdas a nível infra-renal, mas sem alterações sugestivas de malignidade na tomografia de posições. Excluídas outras causas, nomeadamente mieloproliferativas, inflamatórias, autoimunes ou iatrogénicas. Iniciou-se corticoterapia sistémica com melhoria das lesões e defervescência da febre em 48 horas.

Este caso demonstra que a investigação histopatológica é indispensável para a confirmação diagnóstica, aliada à corticoterapia que assume um papel central no tratamento deste síndrome e a resposta favorável ao mesmo integra critérios de diagnóstico menor. Adicionalmente, demonstra a importância de uma adequada identificação do subtipo etiológico, uma vez que a mesma terá relevância prognóstica e terapêutica. Assim, o reconhecimento precoce e a investigação sistemática de condições associadas são determinantes para a abordagem clínica e prognóstico.

PO 385

QUANDO O ANTIBIÓTICO SE TORNA O SUSPEITO: FEBRE E PANCITOPENIA SECUNDÁRIAS A PIPERACILINA/TAZOBACTAM

Renata Maçano; Marta Ayres Pereira; Catarina Amaral; Rita Amorim Costa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Febre e pancitopenia secundárias a piperacilina-tazobactam são reações adversas raras mas graves e bem documentadas na literatura. Tal pode ocorrer pelo seu uso prolongado (> 10-14 dias) e/ou doses elevadas mediante toxicidade medular, imunomediação ou hemofagocitose. Segundo Food and Drug Administration,

é recomendado a monitorização hematológica durante tratamento prolongado e a sua suspensão diante suspeita de reação adversa.

Neste contexto apresento o caso de uma mulher de 52 anos, com antecedentes de sleeve gástrico, trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo com elefantíase sequelar e erisipelas de repetição. Admitida no serviço de urgência por quadro de febre, dor abdominal no hipocôndrio direito e diarreia. Do estudo a realçar aumento dos parâmetros inflamatórios e TC-abdominal com abscessos nos segmentos V e VI e posterior ao hilo hepático nos segmentos V e VIII, com trajeto fistuloso nos segmentos V, VI e VII. Iniciou empiricamente ceftriaxone e metronidazol que cumpriu 6 dias até alteração para piperacilina-tazobactam após isolamento em hemocultura de *Fusobacterium nucleatum*. Realizada drenagem percutânea com saída de conteúdo hematopurulento, cujo estudo microbiológico foi negativo. Em 28º dia de piperacilina-tazobactam, objetivação de febre de novo com pancitopenia associada apesar de melhoria clínica e descida dos parâmetros inflamatórios de forma sustentada. Após exclusão de complicações subjacentes e de outros focos infecciosos, alterou-se antibioterapia para clindamicina com apirexia sustentada e recuperação progressiva da pancitopenia.

Este caso realça a importância da avaliação médica (com objetivação de melhoria clínica apesar da febre) e do reconhecimento da febre medicamentosa. Apesar de desafiador, é importante suspeitar de febre por piperacilina-tazobactam em doentes com melhoria clínica e após exclusão razoável de foco infeccioso.

PO 386

TUMOR PRIMÁRIO OCULTO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM DOENTE JOVEM

Catarina Gomes Rosa; Rita Pocinho

Hospital de São José

Introdução: A neoplasia oculta (NO) corresponde a um grupo heterogêneo de neoplasias metastáticas ao diagnóstico nas quais o tumor primário permanece não identificado após investigação diagnóstica inicial. Representa 2-4% de todos os cânceres e associa-se frequentemente a apresentação em estadios avançados. Nestes casos, a biópsia com estudo histológico e imunohistoquímico assume um papel central na caracterização tumoral e na orientação diagnóstica.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, mãe faleceu com carcinoma do endométrio. Recorre ao serviço de urgência por aumento do perímetro abdominal e dispneia. A tomografia toracoabdominopélvica revelou derrame pleural bilateral, múltiplos nódulos pulmonares sugestivos de metastização, ascite com padrão de carcinomatose peritoneal e hepatomegalia multinodular compatível com metástases, sem alterações pancreatobiliares. Inicialmente

colocada a hipótese de tumor primário do ovário, pouco provável após ressonância magnética pélvica sem lesões ginecológicas suspeitas. Realizou biópsia hepática com histologia de carcinoma pouco diferenciado de células claras (AE1/AE3, CK7, CAIX, CK19 e EMA positivos) colocando origem renal como mais provável, incompatível com estudo imagiológico. Repetiu biópsia hepática cuja histologia revelou adenocarcinoma com perfil imunohistoquímico sugestivo de origem biliar, pâncreas e trato gastrointestinal proximal (CA 19.9, CK7 e CK19 positivos). Apresentou rápida evolução desfavorável, sem possibilidade de terapêutica oncológica dirigida dada extensão da doença.

Discussão e conclusões: Este caso ilustra o desafio diagnóstico associado às NOs, frequentemente diagnosticadas em estadio avançado. A discrepância entre as duas biópsias hepáticas pode ser explicada pela heterogeneidade tumoral e pelas limitações inerentes à amostragem de áreas metastáticas, sobretudo em tumores pouco diferenciados. Nestes contextos, a análise imunohistoquímica é fundamental na orientação diagnóstica, tendo os resultados inconclusivos protelado o início de terapia dirigida. Salienta-se a importância da integração clínica, imagiológica e anatomopatológica e da discussão multidisciplinar sendo que, mesmo após investigação extensiva a identificação do foco primário pode não ser possível.

PO 387

FEBRE, RASH E PANCITOPENIA: O ROSTO DA HLH

Ana Rita De Sousa Melo; Rute Alves; Pedro Cavaleiro; Inês Rueff Rato

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A linfohistiocitose hemofagocítica (HLH) é uma síndrome grave que resulta da excessiva ativação do sistema imune. Pode ser desencadeada por infeções, neoplasias e doenças reumatológicas. O diagnóstico é difícil e muitas vezes atrasado pelos sintomas inespecíficos e pela não valorização adequada das alterações laboratoriais. O tratamento baseia-se na imunossupressão e na resolução do fator despoletante. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato são fundamentais para o sucesso.

Caso clínico: Sexo feminino, 43 anos, com carcinoma invasor da mama, sob quimioterapia com paclitaxel, carboplastina e pembrolizumab. Internada por choque séptico com ponto de partida em cateter venoso central totalmente implantável, realizou ciclo de antibióterápia com piperacilina tazobactam associada a vancomicina, com resolução das disfunções e uma melhoria clínica gradual. Em D10 de internamento inicia febre e em D13 rash maculopapular. Analiticamente com pancitopenia em agravamento, citólise hepática de novo, LDH 400 U/L, Ferritina >10000 U/L, Triglicerídeos 260 mg/dL, fibrinogénio diminuído e D-dímeros aumentados, ecografia abdominal com esplenomegalia e TC com

adenomegalias biaxilares. Deste modo, após resolução do quadro séptico prévio assumiu-se o diagnóstico de HLH, cumprindo 4 critérios diagnóstico: febre, rash, pancitopenia e hiperferritinemia. Foi transferida para a unidade de cuidados intensivos, cumpriu 5 dias de imunoglobulina e 10 dias de anakinra com resolução completa do quadro. Relativamente ao estudo etiológico foi identificado uma carga vírica a parvovírus positiva no sangue e em biópsia ganglionar, tendo este sido assumido com fator despoletante.

Discussão: Neste caso, a provável infeção por parvovírus, num contexto de modulação imunitária por Pembrolizumab, terá atuado como fator desencadeante de uma resposta hiperinflamatória sistémica. Este caso reforça a necessidade de elevada suspeição clínica de HLH em doentes com deterioração clínica inexplicada. A identificação precoce e o início rápido de terapêutica imunomoduladora são cruciais para reduzir mortalidade associada à HLH.

PO 388

QUANDO A PNEUMONIA NÃO RESPONDE: ASPERGILOSE INVASIVA EM DOENTE COM VIH AVANÇADO

Pedro Reboredo; Paula Nogueira; Nathalie Guerrero; Ana Morgado; Rita Domingos; Cristina Sousa; José Ferreira; Catarina Mendonça Peixe

Unidade Local de Saúde do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: A aspergilose é uma infeção oportunista causada pela inalação de conídios de *Aspergillus*, mais frequentemente *A. fumigatus*, podendo manifestar-se como doença pulmonar ou disseminada. A aspergilose pulmonar invasiva ocorre sobretudo em indivíduos imunocomprometidos e associa-se a elevada morbi-mortalidade. A apresentação clínica é frequentemente inespecífica, podendo atrasar o diagnóstico e o início de terapêutica adequada.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, antecedentes de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana e síndrome de imunodeficiência adquirida (estadio CDC3), seguida em consulta de imunodeficiência com controlo virológico e imunológico deficiente (CD4 11 células/ μ L; carga viral 846.840 cópias) e incumprimento de terapêutica antirretrovírica. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia de esforço, tosse produtiva, febre, calafrios e cefaleias. Analiticamente destacavam-se neutropenia e leucopenia. Hemoculturas, antigenúrias e estudo do líquido cefalorraquidiano (cultural e PCR) negativos. Telerradiografia torácica revelou infiltrado parenquimatoso bilateral, assumido diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciada antibióterápia empírica, com resposta incompleta. O internamento foi ainda complicado por candidíase esofágica/oral e toxoplasmose cerebral. Perante agravamento respiratório realizou tomografia computadorizada torácica, que evidenciou lesão cavitada com

áreas de opacidade em vidro despolido, sugestiva de aspergilose invasiva. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, identificando-se *Aspergillus* e antígeno galactomannan positivo. Iniciou terapêutica com voriconazol endovenoso, com evolução clínica favorável e resolução do quadro infeccioso.

Conclusão: A aspergilose invasiva constitui uma infecção oportunista grave em doentes imunocomprometidos, particularmente na presença de imunossupressão avançada. A apresentação clínica e imagiológica pode mimetizar outras infecções respiratórias, dificultando o diagnóstico precoce. Este caso destaca a importância de manter elevado índice de suspeição em doentes com VIH avançado e pneumonia de evolução desfavorável, permitindo investigação dirigida e início atempado de terapêutica antifúngica, fatores determinantes para melhorar o prognóstico.

PO 389

UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Inês Carvalho Santos; Liliia Savka; António Malcata;
Nuno Carreira; Teresa Fonseca; António Martins Baptista;
Liliana R Santos
ULS Sta. Maria

A fibrose endomiocárdica é uma causa de cardiomiopatia restritiva descrita pela primeira vez por Jack Davies em 1947. Afeta principalmente crianças e adolescentes de regiões tropicais de África, Ásia e América do Sul. A doença caracteriza-se pela fibrose subendocárdica dos ápices e dos tratos de entrada do ventrículo direito, do ventrículo esquerdo ou de ambos. Isto pode resultar em disfunção diastólica e regurgitação atrio-ventricular. A etiologia é desconhecida, mas o ambiente, as infeções, a alimentação e a genética têm sido apontados como fatores contributivos.

Apresentamos o caso de um marinheiro mercante de 75 anos, que viajava frequentemente para países tropicais africanos, transferido do Serviço de Medicina Intensiva após paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar em atividade elétrica sem pulso. Foi assumido choque cardiogénico por insuficiência cardíaca crónica agudizada. Nos últimos meses, tinha sido hospitalizado por múltiplas vezes com o diagnóstico de insuficiência cardíaca aguda descompensada com fração de ejeção preservada. Apresentou-se inicialmente no serviço de urgência com dispneia, edema bímaleolar e aumento do volume abdominal. Os sintomas, os peptídeos natriuréticos elevados e a radiografia torácica eram sugestivos de insuficiência cardíaca aguda descompensada. O ecocardiograma transtorácico revelou disfunção diastólica, cavidades direitas dilatadas e regurgitação tricúspide grave. O ecocardiograma transesofágico revelou obliteração das porções apicais de ambos os ventrículos, sugestiva de fibrose endomiocárdica. Para uma caracterização mais aprofundada, foi solicitada uma ressonância magnética cardíaca,

que sugeriu cardiomiopatia hipertrófica apical, sem sinais sugestivos de fibrose endomiocárdica. O doente faleceu devido a complicações infecciosas durante a hospitalização. A autópsia *post mortem* confirmou o diagnóstico final de fibrose endomiocárdica.

Este caso demonstra a importância de considerar causas raras de insuficiência cardíaca e de manter uma elevada suspeita, mesmo quando as imagens apresentam resultados contraditórios.

PO 390

TAQUICARDIA SINUSAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO ORTOSTÁTICA

André Jesus; Francisca Gonçalves

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A taquicardia sinusal é uma causa frequente de palpitações no serviço de urgência e pode representar desde uma resposta fisiológica até manifestações de disfunção autonómica, como a síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS).

Caso clínico: Doente de 41 anos, com antecedentes de taquicardia sinusal há mais de 20 anos, recorreu ao serviço de urgência por agravamento de palpitações e fadiga aos pequenos e médios esforços. Estudos prévios em ambulatório, incluindo eletrocardiograma e Holter tinham documentado taquicardia sinusal sem evidência de arritmias supraventriculares, sem alterações no ecocardiograma e medicada empiricamente com beta-bloqueante. À observação apresentava taquicardia sinusal com agravamento sintomático em ortostatismo. A avaliação ortostática demonstrou aumento da frequência cardíaca de aproximadamente 30 bpm entre decúbito e ortostatismo, sem hipotensão associada. O estudo analítico, incluindo função tiroideia, não revelou alterações e manteve-se apirética e sem queixas álgicas durante a permanência no SU. Após fluidoterapia endovenosa observou-se melhoria sintomática e resolução completa da taquicardia.

Discussão: Este caso ilustra a importância da avaliação ortostática na abordagem da taquicardia sinusal sintomática, quando excluídas as causas mais frequentes. O aumento da frequência cardíaca em cerca de 30 bpm com ortostatismo, na ausência de hipotensão, levanta a hipótese de síndrome de taquicardia ortostática no diagnóstico diferencial. O reconhecimento deste padrão permite orientar a investigação e evitar terapêutica desnecessária.

Conclusão: A avaliação ortostática simples pode fornecer informação diagnóstica relevante em doentes com palpitações e taquicardia sinusal. A identificação de um aumento significativo da frequência cardíaca ao ortostatismo deve alertar para inclusão de síndrome de intolerância ortostática ou POTS no diagnóstico diferencial e contribuir para uma abordagem clínica mais dirigida.

PO 391

COMPRESSÃO MEDULAR COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE TUMOR OCULTO

Filipa Almeida Saraiva; Giovanna Guida; Alexandru Babiciu; Ana Sara Monteiro; Rita Rosa Domingos

ULS Algarve- Faro

A metastização óssea pode ser a manifestação inaugural de neoplasia maligna, constituindo um desafio diagnóstico quando o tumor primário não é evidente. As lesões osteolíticas têm etiologia variada, sendo frequente a metastização de tumores do pulmão, mama, rim ou tireoide. Podem manifestar-se por dor, fratura patológica ou compressão medular.

Caso clínico: Homem de 68 anos, atleta, ex-fumador (5 UMA), sem antecedentes de relevo, com múltiplas idas à urgência desde agosto de 2025 por dor óssea. Internado em dezembro por diminuição simétrica da força dos membros inferiores, com movimento contra a gravidade mas sem resistência adicional; diminuição da sensibilidade tátil, dolorosa e vibratória no nível sensitivo abaixo do epigastro, hiperreflexia, retenção urinária e fecal.

A TC-TAP revelou fratura patológica em D7 com redução do canal medular e múltiplas lesões osteolíticas. Cumpriu 10 sessões de radioterapia a título descompressivo, com melhoria da disfunção vesical e encontrando-se capaz de realizar marcha com andarilho.

Pela metastização óssea difusa, o doente foi alvo de investigação alargada, incluindo avaliação analítica extensa e múltiplos exames complementares, sem identificação inicial da neoplasia primária. Excluiu-se neoplasia da próstata e mieloma múltiplo. Repetiu TC-TAP, com espessamento parietal no sigmóide, sem outras alterações. Colonoscopia, ecografia tireoideia, RM do neuro-eixo e TC de órbitas sem alterações.

Fez PET-TC com metastização óssea disseminada, sem outros focos de hiper captação sugestivos de malignidade.

Fez biópsia óssea de lesão no ílico, cujo resultado obtivemos em fevereiro de 2026, que revelou lesão metastática de provável origem pulmonar.

Após revisão de imagens de TC-TAP, detetou-se um nódulo pulmonar de 10mm, não descrito inicialmente. Pela angústica e sofrimento inerentes à situação, o doente necessitou de acompanhamento psicológico no internamento.

Após 6 semanas de internamento, assumiu-se diagnóstico presuntivo final de adenocarcinoma do pulmão. Iniciou quimioterapia.

Conclusão: Este caso salienta a complexidade diagnóstica e terapêutica de um tumor oculto, bem como o elevado impacto em termos de sofrimento para o doente, reforçando a importância de um diagnóstico atempado que permita instituir precocemente uma estratégia terapêutica adequada.

PO 392

TROMBOEMBOLIA PULMONAR DE REPETIÇÃO E UMA TROMBOFILIA ESCONDIDA?

João Horta Antunes; Sara Frazão De Brito; Telma Costa Cabral; Carolina Oliveira; Bárbara Picado

ULS Loures-Odivelas: Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A tromboembolia pulmonar (TEP) tem uma apresentação diversa o que pode constituir um desafio clínico para o seu diagnóstico. O estudo etiológico pode apresentar resultados ambíguos e difíceis de interpretar que dificultam a orientação terapêutica dos doentes.

Caso clínico: Sexo masculino, 81 anos, autónomo. História médica conhecida de dislipidemia, hiperuricemia, quisto renal esquerdo, acidente de viação há 40 anos com fratura da bacia, cirurgia aos joelhos em 2021 e 2022. Medicado com fenofibrato e alopurinol. Sem alergias medicamentosas conhecidas.

Internamento em abril 2016 por TEP bilateral extenso, sem evidência de sobrecarga direita, medicado com rivaroxabano até abril 2017. O estudo etiológico foi negativo, suspendendo hipocoagulação após 1 ano. Em 2021 com novo internamento por TEP, tendo realizado novo estudo das trombofilias e tomografia computadorizada abdómino-pélvica sem processo neoplásico. Hipocoagulado até março de 2025, quando o rivaroxabano é suspenso pelo médico assistente. Em junho de 2025 com novo TEP tendo retomado hipocoagulação. Por TEP recidivante e trombocitopenia de 81.000/uL de novo, pesquisados anticorpos anti-plaquetários positivos para glicoproteína (GP) IIb/IIIa, GP Ia/IIa resultado indeterminado e negativo para GP Ib/IX e GP IV.

Discussão: A presença de fenómenos trombóticos de repetição, com estudo de trombofilias persistentemente negativo, incluindo anticoagulante lúpico, anti-cardiolipina e anti-β2 glicoproteína I negativos, com pesquisa de anticorpos anti-plaquetários positivos, deve-nos alertar para a possibilidade de um síndrome de anticorpo anti-fosfolípido seronegativo, entidade onde os marcadores estão ausentes, mas o fenótipo clínico de hipercoagulabilidade permanece crítico.

PO 393

QUANDO O ABCESSO SIMULA NEOPLASIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Patrícia Varanda Dias; Catarina Amaral; Filipe Breda;

Pedro Manuel Oliveira

ULS Gaia e Espinho

Introdução: As massas renais são frequentemente suspeitas de neoplasia, sobretudo quando têm captação aumentada na PET. Contudo, processos inflamatórios e infecciosos podem mimetizar tumores sólidos, constituindo importantes diagnósticos diferenciais. O abscesso renal é uma entidade pouco frequente, geralmente associada a infeção urinária ascendente ou disseminação hematogénica, podendo ter clínica inespecífica, sobretudo em idosos.

Caso clínico: Mulher de 85 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica G3A2, em estudo por quadro inflamatório com dois anos de evolução, sem febre, perda ponderal ou outros sintomas. Analiticamente, linfocitose persistente ($5,87 \times 10^3/\mu\text{L}$) e velocidade de sedimentação 120 mm/h, sem alterações no estudo imune. PET com lesão nodular heterogênea na vertente posterior do rim direito, suspeita de quisto complexo ou neoplasia. Ecografia com lesão expansiva com 7 cm, não permitindo excluir malignidade. Uro-TAC mostrou crescimento da massa, com extensão ao músculo ileo-psoas e fáscias posteriores, sugestiva de neoplasia. Aquando da realização de biópsia para esclarecimento etiológico, verificou-se tratar-se de abscesso renal. Foi drenado por via percutânea e no material aspirado isolou-se *Proteus mirabilis*, sensível a amoxicilina. Por quadro febril de novo, foi submetida a nova drenagem e completou antibioterapia dirigida, com franca redução dimensional da coleção na reavaliação imagiológica. Posteriormente, diagnosticado hiperparatiroidismo primário com litíase renal associada.

Discussão: A captação aumentada em PET não é específica, podendo ocorrer em infecção devido ao elevado metabolismo inflamatório. A distinção entre carcinoma renal e lesões infecciosas é determinante na abordagem terapêutica e prognóstico. O abscesso renal pode resolver com antibioterapia e drenagem, evitando nefrectomias desnecessárias. O hiperparatiroidismo constitui um fator de risco para litíase renal e consequentemente infecções urinárias de repetição e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de abscessos.

Conclusão: Lesões renais hipermetabólicas não são sinónimo de malignidade. O abscesso renal deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massa renal em contexto de inflamação prolongada, sendo a confirmação histológica decisiva para tratamento adequado.

PO 394

ROMBOENCEFALITE COMO APRESNETAÇÃO DE DOENÇA DE BEHÇET

Miguel Oliveira¹; Carolina Saca²; Susana Vieira²; Bruno Grima²; João Serôdio²; José Delgado Alves²

¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; ²Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca - Amadora/Sintra

Introdução: A romboencefalite (RE) é um processo inflamatório parenquimatoso do tronco cerebral (TC) que afeta vias piramidais, sensitivas e vários pares cranianos. As etiologias subjacentes subdividem-se em infecciosas, autoimunes e paraneoplásicas. O diagnóstico etiológico é fundamental para definir terapêutica dirigida eficaz.

Caso clínico: Homem, 30 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por 4 dias de febre, lentificação psicomotora, prostração, e diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo. Encontrava-se febril ($39,3^\circ\text{C}$), lentificado, com disartria, parésia facial central, hemiparesia

e ataxia do hemicorpo esquerdo. Tomograficamente, com uma hipodensidade tálamo-capsular direita, correspondendo em ressonância magnética a lesão di-mesencefálica direita, com extensão à protuberância e medula oblongata, com hipersinal em T2/FLAIR. A punção lombar revelou pleiocitose neutrofílica e hiperproteínoorraquia, com painel de meningoencefalites e estudo cultural negativos.

A história pregressa revelou envolvimento prévio mucocutâneo (úlceras orais e genitais e foliculite asséptica), ocular (uveíte), gastrointestinal (ileíte terminal inflamatória), vascular (duas tromboflebitides) e musculoesquelético (sacroileíte). Após exclusão de outras etiologias, e com história compatível com doença sistémica, estabeleceu-se de RE no contexto de DB.

Iniciou metilprednisolona 500mg/dia (cinco dias), seguido de prednisolona 1mg/kg/dia, colchicina 1mg/dia e infliximab 5 mg/kg. À alta, com ligeira disartria e força muscular de grau 4/5 no membro inferior esquerdo, sem compromisso funcional. Com reversão total dos défices na reavaliação aos três meses.

Discussão: O envolvimento do SNC na DB é uma manifestação grave, com recuperação completa em apenas 25% dos casos. Reitera-se a importância do reconhecimento precoce do padrão clínico-radiológico do envolvimento do tronco cerebral e a exclusão de causas infecciosas para o início adequado e atempado de imunossupressão, de forma a minimizar sequelas.

PO 395

ATINGIMENTO PULMONAR NA SÍNDROME DE SJÖGREN: DE LIP A LINFOMA MALT

André Jesus; Francisca Gonçalves; Inês Furtado; André Azevedo

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A síndrome de Sjögren pode associar-se a múltiplas manifestações pulmonares, incluindo pneumonias intersticiais linfocíticas (LIP) e, mais raramente, linfomas do tecido linfóide associado à mucosa (MALT). A distinção entre inflamação pulmonar relacionada com a doença autoimune, infecção e transformação linfoproliferativa pode ser desafiante e requer avaliação clínica, funcional e imagiológica longitudinal.

Caso clínico: Mulher de 49 anos com diagnóstico de síndrome de Sjögren com envolvimento pulmonar (pneumonia intersticial linfocítica), sob terapêutica com hidroxiquina, clinicamente estável em seguimento em CE de Doenças Respiratórias. Em TC Tórax de controlo, identificada condensação do segmento lateral do lobo médio, com micronodulação periférica e componente sólido, já descrita em estudos prévios mas em dimensões superiores. Realizada biópsia pulmonar da lesão, com estudo histológico a descrever linfoma do tecido linfóide associado à mucosa.

Discussão: Doentes com síndrome de Sjögren apresentam risco aumentado de doença linfoproliferativa,

particularmente linfoma B do tipo MALT. Alterações pulmonares previamente atribuídas a inflamação intersticial podem coexistir ou evoluir para processos linfoproliferativos, tornando fundamental a vigilância imagiológica e a avaliação histológica de lesões nodulares em progressão. A estabilidade clínica e funcional pode coexistir com progressão localizada da doença.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade do envolvimento pulmonar na síndrome de Sjögren e destaca a importância da vigilância imagiológica e da biópsia dirigida de lesões pulmonares em crescimento, permitindo o diagnóstico precoce de linfoma MALT num contexto de LIP previamente estabelecida.

PO 396

BACTERIEMIA POR CLOSTRIDIUM PARAPUTRIFICUM: ALERTA PARA NEOPLASIA OCULTA

Cassiana Vasconcelos; Marta Baião; Maria Ana Ferreira Homem; Vasco Tiago; Sofia Lourenço

Hospital de Cascais

A bacteriemia por espécies de *Clostridium* é rara, mas frequentemente associada a infeções intra-abdominais graves ou neoplasia subjacente. A sua identificação em hemoculturas deve motivar investigação etiológica dirigida.

Mulher de 67 anos, com hipertensão arterial, admitida por náuseas, vômitos e diarreia com dez dias de evolução. À admissão apresentava hipotensão e alteração do estado de consciência. Analiticamente: lesão renal aguda grave (creatinina 9,14 mg/dL), acidose metabólica com anion gap elevado e hipercaliemia (7,2 mmol/L), configurando sépsis com disfunção multiorgânica. Iniciou correção de potássio, fluidoterapia e antibioterapia empírica. Hemoculturas identificaram *Clostridium paraputrificum*. A investigação subsequente revelou espessamento nodular do grande *epíloon* sugestivo de carcinomatose peritoneal e lesão anexial direita (~6 cm). Estudo imagiológico e histológico confirmou neoplasia epitelial de provável origem ginecológica com carcinomatose peritoneal.

Este caso destaca a relevância clínica da identificação de *Clostridium* em hemoculturas. A bacteriemia por *Clostridium paraputrificum*, embora rara, deve alertar para patologia intra-abdominal subjacente, nomeadamente doença neoplásica, justificando investigação dirigida.

PO 397

DOENÇA DE SJÖGREN COM ENVOLVIMENTO PULMONAR E HEMATOLÓGICO: UM MIMETIZADOR DE DOENÇA NEOPLÁSICA

Carolina Silva Câmara; Beatriz Luís Lopes; Carolina Marcos Queijo; Ivone Valadão; António Marinho; Marta Casal Moura
Unidade de Imunologia Clínica da ULS de Santo António

A Doença de Sjögren (DSj) é uma doença autoimune sistémica que pode evoluir com manifestações extraglandulares sistémicas complexas, incluindo envolvi-

mento pulmonar, hematológico e fenómenos linfoproliferativos, por vezes simulando processos neoplásicos ou infecciosos.

Apresentamos o caso de um homem de 53 anos, com diabetes mellitus tipo 2 e tiroidite de Hashimoto, referenciado por poliartralgias inflamatórias, perda ponderal e alterações imunológicas (ANA 1:1280, fator reumatoide 163 UI/mL, anti-SSA/SSB elevados e hiper-gamaglobulinemia IgG), sem sintomas sicca. A PET-CT revelou múltiplos focos hipermetabólicos pulmonares e adenopáticos, inicialmente sugestivos de neoplasia pulmonar primária. Contudo, a biópsia pulmonar mostrou granulomas epitelioides não necrosantes, sem evidência de malignidade ou infeção.

A evolução clínica foi marcada por anemia hemolítica autoimune, linfopenia significativa e alterações pulmonares compatíveis com pneumonia intersticial linfocítica (LIP), com quistos, micronódulos e espessamento intersticial progressivo. A imunofenotipagem revelou expansão monoclonal de linfócitos T grandes granulares (LGL-T; CD8+CD4+ fraco), interpretada como fenómeno secundário a estimulação antigénica crónica no contexto de DSj. A exclusão histológica definitiva de linfoma foi limitada pela recusa do doente em realizar procedimentos invasivos adicionais, não existindo, contudo, evidência clínica ou metabólica de doença agressiva.

Foi iniciado rituximab, com melhoria clínica e hematológica significativa e regressão da atividade metabólica na PET-CT. Perante recidiva da expansão de LGL e persistência de LIP com agravamento radiológico, realizou reindução com rituximab e iniciou micofenolato de mofetil.

Este caso ilustra a complexidade da DSj multissistémica e a necessidade de reconhecer precocemente manifestações extraglandulares graves, cuja exuberância imunológica pode mimetizar doença linfoproliferativa e exigir terapêutica imunomoduladora dirigida.

PO 398

ASCITE DE ETIOLOGIA NEOPLÁSICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Ana Pedro Pereira; Gorete Jesus; Carolina Morgado; Rita Sousa Figueira; Joana Pereira De Melo; Susana Cavadas
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

A etiologia mais comum da ascite é a hipertensão portal (HTP), mas estima-se que 7–10% dos casos tenham origem neoplásica. Como principais mecanismos de ascite neoplásica (AN) surgem a carcinomatose peritoneal, obstrução linfática, HTP por metastização hepática extensa e síndrome de Budd-Chiari. O diagnóstico é desafiante, mas crucial para guiar a terapêutica e definir o prognóstico.

Caso 1: Sexo feminino, 68 anos, com síndrome constitucional e ascite de novo. Gradiente albumina soro-ascite (GASA) 0,6?g/dL, citologia negativa para células

neoplásicas. Do estudo imagiológico: Tomografia computadorizada (TC) / Tomografia por emissão de positrões (PET) com evidência de hiper captação peritoneal difusa. Realizada laparoscopia exploradora e biópsia, que confirmaram carcinoma seroso de alto grau, tumor primitivo provável origem ovárica. Iniciou terapêutica com niraparib.

Caso 2: Sexo feminino, 67 anos, com síndrome constitucional, ascite volumosa de novo e saciedade precoce. Paracentese diagnóstica com GASA 1,5?g/dL, proteínas 4,6?g/dL, hiper celularidade com predomínio de linfócitos e citologia positiva para adenocarcinoma compatível com origem ginecológica. Do estudo imagiológico (TC/PET) com evidência de extensa carcinomatose peritoneal, pleural direita e padrão de hiper captação sugestivo de neoplasia do ovário. Doente que por degradação do estado geral foi encaminhada para cuidados paliativos.

Discussão: Estes casos evidenciam o desafio no diagnóstico da AN, principalmente quando a paracentese não é totalmente esclarecedora, realçando que uma citologia inicialmente negativa não exclui causa neoplásica. Assim, torna-se essencial uma abordagem multidisciplinar e integrada, mantendo um elevado grau de suspeição, particularmente para os tumores primários mais frequentemente associados a AN, tais como o ovário, neoplasias gastrointestinais, pulmão, mama e tumor primário do peritônio.

PO 399

SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

António Pedro Sousa¹; Rita De Almeida Teixeira²; André Santos Silva²

¹ULS de Trás-os-Montes a Alto Douro, EPE - Hospital São Pedro Vila Real; ²ULS Santo António

Introdução: O síndrome de Ramsay-Hunt corresponde a uma manifestação de reativação de vírus varicela zoster (VZV) caracterizado por exantema vesicular do pavilhão auricular e canal auditivo externo associado a paralisia facial periférica ipsilateral.

Caso clínico: Homem de 76 anos com Diabetes Mellitus tipo 2, Insuficiência Cardíaca de etiologia hipertensiva e dislipidemia.

Apresenta quadro de otalgia esquerda associado a instabilidade da marcha, náuseas e vômitos, tendo sido diagnosticado no dia anterior com otite externa e medicado com antibiótico tópico.

Ao exame Objetivo com exantema vesicular, rubor e edema do pavilhão auricular esquerdo. Campos visuais preservados, sem parésia facial ou oftalmoparésias. Nistagmo horizonte-rotatório com fase rápida para a direita, espontâneo, que agrava na dextroversão. Teste HIT com duas sacadas corretoras para a direita. Teste de Rinne +/- e Weber com lateralização para a direita. Dos exames complementares: estudo analítico normal,

VIH negativo. TC dos ouvidos com área de celulite do pavilhão auricular e tecidos moles perimastoideus. Internado no serviço de Doenças Infeciosas por provável Síndrome de Ramsay Hunt incompleto, com quadro vestibular periférico, a condicionar marcha autónoma por desequilíbrio e sobreinfecção bacteriana do pavilhão auricular.

Iniciou Amoxicilina-ácido clavulânico, Valaciclovir e Prednisolona. No 2º dia de internamento, agravamento dos sintomas vestibulares e evolução para síndrome completo, com desenvolvimento de paresia facial periférica à esquerda, pelo que faz switch para aciclovir endovenoso. Cumpriu terapêutica e reabilitação motora, onde teve alta para unidade de reabilitação por manter sintomas vestibulares.

Por relato de perda ponderal ao longo dos últimos meses, realizou TC-TAP a evidenciar massa pulmonar suspeita de neoplasia e foi orientado para a consulta de Pneumologia.

Discussão: O Síndrome de Ramsay-Hunt pode apresentar-se inicialmente de forma incompleta, com predomínio de sintomas vestibulares e sem paralisia facial, o que pode atrasar o diagnóstico e reforça a importância da suspeição clínica. O reconhecimento precoce do Síndrome de Ramsay-Hunt e o início atempado de terapêutica antivírica e corticoterapia são fundamentais para melhorar o prognóstico funcional e reduzir sequelas neurológicas.

PO 400

SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA RARA

Ana Pedro Pereira; Gorete Jesus; Carolina Morgado; Joana Pereira De Melo; Rita Sousa Figueira; Alexandre Lopes; Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A síndrome do túnel cárpico (STC) é a forma mais comum de compressão nervosa periférica e caracteriza-se pela compressão do nervo mediano no túnel cárpico. Afeta predominantemente mulheres, sendo mais prevalente nos idosos e em doentes com excesso de peso. Caracteriza-se por dor, hipostesia e parestesias no território do nervo mediano. A sua etiologia é multifatorial, incluindo causas locais (trauma, inflamação) e sistémicas (diabetes mellitus, gravidez).

Caso clínico: Este caso ilustra uma doente do sexo feminino, 51 anos, com antecedentes de enxaqueca, síndrome depressiva major, fibromialgia, patologia nodular da tiroide, prolapso retal e história familiar de amiloidose do tipo finlandês (ATF). Referia queixas de parestesias incapacitantes no território do nervo mediano, bilateralmente, com vários meses de evolução. Submetida a descompressão cirúrgica, com melhoria parcial. Clinicamente, apresentava também biparésia facial bilateral moderada, ptose pal-

pebral bilateral discreta, cutis laxa e distrofia de lattice. Identificada a variante c. 487G>A. (Asp163Asn) do gene GSN, que confirmou o diagnóstico de ATF. Ecografia renovesical e eletrocardiograma sem alterações. **Discussão:** A ATF é uma doença autossômica dominante rara, causada por uma mutação no gene da gelsolina. A STC é uma manifestação comum em doentes com ATF, pela deposição de amiloide no retináculo flexor e compressão do nervo mediano. Este caso ilustra uma situação em que a STC, na presença de outras manifestações clínicas subtis e/ou antecedentes permite o diagnóstico de uma doença sistêmica. Realça que esta síndrome não deve ser sempre interpretada apenas como uma síndrome loco-regional.

PO 401

PARA ALÉM DA ENDOCARDITE: RELATO DE UM CASO COMPLEXO

Bárbara Gonçalves; Simão Gaspar; Patrícia Carvalho; Sara Leitão; Arsénio Santos

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A endocardite infecciosa é uma doença pouco frequente que, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, continua associada a uma elevada morbimortalidade. O diagnóstico precoce e a instituição atempada de terapêutica antimicrobiana adequada são fundamentais. Em casos complicados, pode ser necessária abordagem cirúrgica. Em doentes com múltiplas comorbilidades, a doença torna-se mais complexa e a decisão terapêutica mais difícil.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 71 anos, com hipertensão arterial e diabetes tipo 2, portador de pacemaker por bloqueio aurículo-ventricular, submetido a colostomia e portador de sonda suprapúbica em contexto de adenocarcinoma da próstata complicado por fístula retouretral. Internado três meses antes por sépsis por *MRSA* com origem cutânea e espondilodiscite cervical em C3-C5. Excluídos outros focos após realização de estudo complementar, nomeadamente ecocardiograma transtorácico (ETT) e transesofágico (ETE) e artrocentese do joelho. Cumpriu mais de seis semanas de vancomicina, com hemoculturas seriadas negativas, melhoria clínica e imagiológica.

Aproximadamente um mês após a alta, regressou ao serviço de urgência com novo quadro de sépsis por *MRSA* com disfunção multiorgânica. Ao exame Objetivo, destacou-se intensificação do sopro sistólico mitral, já conhecido. Realizou ressonância magnética cervical que revelou espondilodiscite em C5-C7, sem abscessos. O ETE mostrou vegetação no folheto posterior da válvula mitral, com rutura associada e regurgitação grave. Internamento complicado por embolização cerebral, sem sequelas, e colecistite aguda, com necessidade de colecistostomia e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Realizou antibioterapia di-

rigida por mais de seis semanas e foi proposto para cirurgia cardíaca.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade da gestão da endocardite infecciosa em doentes com múltiplos fatores de risco e infeções recorrentes, sublinhando a necessidade de monitorização rigorosa, terapêutica antimicrobiana prolongada e ponderação de intervenção cirúrgica.

PO 402

COREIA HIPERGLICÉMICA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA DIABETES MELLITUS

Maria Margarida Marques¹; Beatriz La Féria²; Margarida Vieira Martins¹; Selma Mulemba Baptista¹; Maria Rosário Araújo¹; Margarida Monteiro¹; Olinda Caetano¹

¹ Hospital de Braga

² IPO Porto

Introdução: A hemicoreia hiperglicémica é uma condição rara, caracterizada por movimentos hipercinéticos anormais e involuntários, geralmente dos membros e/ou hemitórax. Surge tipicamente em mulheres idosas diabéticas tipo 2 com mau controlo metabólico, com tendência a hiperglicemias persistentes promotoras de disfunção dos gânglios da base.

Caso clínico: Mulher, 87 anos, antecedentes de diabetes tipo 2 não insulino-tratada com razoável controlo metabólico, com hemoglobina glicada (HbA1c) de 7% em outubro 2025, hipotireoidismo e patologia cardiovascular. Recorre à urgência por movimentos involuntários do membro superior esquerdo. Apresenta episódio de urgência nos dias prévios por hiperglicemia de 597 mg/dL, tendo-se procedido à correção do quadro e iniciada linagliptina 5mg/dia. À observação, constatam-se movimentos irregulares circulares do membro, compatíveis com movimentos coreiformes, sem outras alterações ao exame neurológico. Analiticamente, hiperglicemia de 326 mg/dl e HbA1c 11.5%. Realizou tomografia cerebral, com hiperdensidade dos globos pálidos, apoiando o diagnóstico. É internada, faz terapêutica sintomática com haloperidol 5mg e correção de hiperglicemias com insulino-terapia. Evoluiu favoravelmente, com resolução progressiva da coreia. Tem alta com indicação para início de insulino-terapia e orientada para consulta.

Discussão: O presente caso valoriza-se por descrever uma consequência rara de hiperglicemias persistentes, com importante envolvimento neurológico. Associa-se a um bom prognóstico, habitualmente reversível com controlo glicémico adequado, reforçando a importância de um reconhecimento precoce desta entidade, permitindo otimização terapêutica atempada.

PO 403

POEMS: QUANDO A CLÍNICA FALA EM VERSOS COMPLEXOS

João Pedro F. Marques; Gabriela Alves Rodrigues; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A síndrome de POEMS é uma entidade paraneoplásica rara associada a discrasia monoclonal de células plasmáticas. A sua fisiopatologia envolve mecanismos complexos de desregulação celular, ainda não totalmente esclarecidos. A baixa prevalência e a marcada heterogeneidade clínica e laboratorial contribuem frequentemente para atraso diagnóstico, tornando fundamental uma abordagem estruturada e multidisciplinar.

Caso clínico: Mulher de 75 anos, internada por gamapatia monoclonal IgG lambda associada a vasculite sistémica e polineuropatia desmielinizante com degeneração axonal, manifestada por hipostesia álgica simétrica distal em padrão de “meia”. Apresentação inicial com febre e dermatose disseminada pelos membros e tronco com 2 semanas de evolução, associadas a hepatoesplenomegalia. Realizou mielograma que revelou 2% de plasmócitos e biópsia osteomedular que foi inconclusiva.

A biópsia cutânea demonstrou vasculopatia trombótica associada a dermatose disseminada. Perante a presença de critérios major e minor compatíveis, foi assumida síndrome de POEMS como diagnóstico mais provável. A biópsia ganglionar excisional excluiu doença de Castleman e não foram identificadas lesões ósseas escleróticas. Não se documentaram endocrinopatia, sobrecarga de volume ou alterações hematológicas significativas.

Posteriormente confirmaram-se níveis elevados de VEGF, reforçando o diagnóstico. Observou-se melhoria do quadro cutâneo após corticoterapia sistémica e tópica, sendo a doente posteriormente referenciada para seguimento em hematologia. Não iniciou tratamento dirigido por intercorrência de choque séptico, acabando por falecer.

Conclusão: A síndrome de POEMS representa um desafio diagnóstico pela sua raridade e expressão multisistémica. Este caso reforça a importância de elevada suspeição clínica perante manifestações neurológicas e sistémicas associadas a gamapatia monoclonal, bem como da integração multidisciplinar para um diagnóstico mais célere e adequada orientação terapêutica.

PO 404

TRÊS TUMORES, UMA APRESENTAÇÃO NEUROLÓGICA

Bárbara Gonçalves; Simão Gaspar; Patrícia Carvalho; ara Leitão; Arsénio Santos
Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: As neoplasias síncronas são entidades raras definidas pela coexistência de dois ou mais tumores malignos primários diagnosticados simultaneamente ou num curto intervalo. Clinicamente, tendem a revelar-se através de sinais correspondentes à localização da lesão primária.

Relata-se um caso clínico com manifestação inicial associada a uma localização secundária, cujo estudo complementar permitiu identificar três tumores em simultâneo, não relacionados, mas com fator de risco comum.

Caso clínico: Homem de 66 anos, autónomo, ex-fumador de 48 unidades maço-ano, recorreu ao serviço de urgência por episódios recorrentes de disartria e mioclonias faciais autolimitados, com cerca de meio ano de evolução. Associadamente, apresentava anorexia e sudorese noturna com início nos dois meses anteriores. Objetivamente, com discreta ptose à esquerda e desvio da língua para a direita, sem outras alterações. Foi identificada lesão cerebral ocupante de espaço, com características de lesão neoplásica secundária. O estudo complementar revelou nódulo pulmonar suspeito, assim como lesão nodular da bexiga sugestiva de neoplasia urotelial; por espessamento hipermetabólico do ângulo esplénico do cólon em PET/CT 18F-FDG, realizou colonoscopia, que identificou lesão vegetante e estenosante, com estudo anatomopatológico a confirmar adenocarcinoma invasor do cólon transverso. A biópsia da lesão cerebral confirmou tratar-se de metástase de adenocarcinoma do pulmão. Foi orientado para consulta de Pneumologia Oncológica e Cirurgia Geral e proposto para ressecção transuretral da bexiga (RTU-V) pela Urologia.

Discussão: Este caso evidencia como as neoplasias síncronas representam um desafio diagnóstico, especialmente quando os sintomas e sinais clínicos são frustres. A sua complexidade ultrapassa as orientações de tratamento para neoplasias isoladas, sendo essencial uma abordagem multidisciplinar para definição da melhor estratégia terapêutica.

PO 405

PETÉQUIAS NO IDOSO: UM SINAL PEQUENO, UM DIAGNÓSTICO GRANDE

João Pedro F. Marques; Gabriela Alves Rodrigues; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Ana Alves Cardoso
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A Púrpura Trombocitopénica Imune (PTI) no idoso representa um fenótipo clínico complexo, onde a desregulação da tolerância imunitária converge com a imunossenescência. Nesta população, a elevada prevalência de comorbilidades exige uma suspei-

ção diagnóstica cuidadosa, sendo essencial a exclusão de etiologias secundárias. A precisão no diagnóstico diferencial é, por isso, o pilar determinante para a segurança clínica e orientação terapêutica adequada.

Caso clínico: Homem de 88 anos, autônomo, admitido por gengivorragias e equimoses espontâneas dispersas pelo corpo com uma semana de evolução, associadas a petéquias pruriginosas há dois meses. Negava febre, infecção recente ou contexto epidemiológico de relevo. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, com sinais de hemorragia recente na cavidade oral e equimoses e hematomas dispersos pelo corpo, sobretudo nos membros superiores, sem discrasias hemorrágicas ativas. Analiticamente com Hb 11.5 g/dL; VGM 92.3 fL; leucócitos $5.1 \times 10^9/L$; plaquetas 4.000/ μL ; TP 11.9s; INR 1.01; TTPA 25.3s; Ag H. pylori negativo. Assumida PTI, de etiologia provavelmente idiopática, para a qual iniciou terapêutica com imunoglobulina e dexametasona, com recuperação clínica e hematológica, atingindo 85.000/ μL de plaquetas à alta, quatro dias depois.

Conclusão: A PTI no idoso exige uma abordagem clínica meticulosa, onde a suspeição diagnóstica precoce prevalece sobre o determinismo da idade. A exclusão de causas secundárias, aliada à personalização da terapêutica e ponderação da fragilidade individual, são fundamentais para otimizar o prognóstico e preservar a qualidade de vida desta população vulnerável.

PO 406

ROTURA VESICAL: UM CAUSA RARA DE LESÃO RENAL AGUDA

João Miguel Coelho; Telma Alves; Carlos Silva; Jandira Lima
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: A cistite rádica é uma complicação tardia da radioterapia pélvica que afeta 5-15% dos doentes a ela submetidos. A rotura vesical é uma complicação pouco frequente e potencialmente fatal.

Caso clínico: Mulher de 60 anos apresentou-se no Serviço de Urgência com dor hipogástrica intensa com 5 dias de evolução, distensão abdominal, oligúria, náuseas e vômitos. Dos antecedentes, releva-se carcinoma colo-rectal localmente invasivo tratado cirurgicamente (incluindo cistectomia parcial), quimio e radioterapia adjuvantes 7 anos antes. Analiticamente apresentava neutrofilia ($19.3 \times 10^9/L$), PCR elevada (2.3 mg/dL), creatinina sérica elevada (5.2 mg/dL), hiponatremia (124 mEq/L) e hipercaliémia (6.8 mEq/L). Após cateterização vesical houve rápida descida da creatinina e recuperação do débito urinário, com agravamento imediato após remoção do cateter vesical, tendo sido novamente cateterizada. A TC abdomino-pélvica revelou volumoso derrame peritoneal livre, que foi abordado e cuja análise bioquímica demonstrou creatinina de 10.0 mg/dL, com rácio de creatinina no líquido e no soro de 1.9, confirmando ascite urinária (uoperitoneu).

Optou-se por manutenção da cateterização vesical e realização de cistografia para confirmar rotura vesical e planejar abordagem definitiva.

Discussão: Este caso ilustra uma complicação rara da cistite rádica apresentada sob a forma de lesão renal aguda grave. A análise do líquido ascítico aumentou a suspeita de uoperitoneu. A cistografia por TC confirma o diagnóstico. O reconhecimento precoce é essencial para evitar terapêutica de substituição renal desnecessária e prevenir complicações fatais como a peritonite.

PO 407

HIPERTENSÃO MALIGNA NO JOVEM: UMA CAUSA A NÃO ESQUECER

João Miguel Coelho; Telma Alves; Carlos Silva; Jandira Lima
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Introdução: O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro produtor de catecolaminas. Apresenta-se classicamente com cefaleia, palpitações e sudorese. Pode evoluir para hipertensão arterial maligna, que se caracteriza por lesão aguda de órgãos-alvo (cerebral, ocular, renal ou cardíaca).

Caso clínico: Mulher de 23 anos, natural da Índia, com cefaleia holocraniana com três meses de evolução, acompanhada de hipersudorese, intolerância ao calor e astenia. Um mês depois desenvolveu visão turva persistente. Recorreu ao Serviço de Urgência por hipertensão arterial grave. Ao exame físico estava hipertensa (183/112 mmHg), taquicárdica (119 bpm), sudorética, acuidade visual diminuída bilateralmente, fundoscopia sem papiledema mas com hemorragias em chama de vela e manchas algodinosas. Análise de urina com microalbuminúria (294 mg/g). A TC crânio-encefálica revelou lacunas vasculares sequelares no corpo do núcleo caudado à direita, e estriatocapsulares à esquerda. Foi internada para controlo e estudo etiológico. Do estudo realizado para diagnóstico diferencial, revelaram-se aumentadas as metanefrinas fraccionadas plasmáticas (metanefrina 146 pg/mL [$N < 77$ pg/mL]; normetanefrina 4662 pg/mL [$N < 182$ pg/mL]) e a normetanefrina urinária (1397 $\mu g/24h$ [$N < 78$ $\mu g/24h$]); a angio-TC abdominal identificou lesão supra-renal esquerda de 40x43 mm, confirmada por PET-DOPA-F18 como feocromocitoma. Iniciou doxazosina e depois propranolol com bom controlo tensional. Aguarda intervenção cirúrgica para tratamento definitivo.

Discussão: Este caso ilustra a apresentação típica do feocromocitoma em jovem adulta com manifestações oftalmológicas proeminentes secundárias à hipertensão maligna. O atingimento multiorgânico reflete a gravidade da crise catecolaminérgica. A elevação marcada da normetanefrina ($> 25 \times$ limite superior) confirma o diagnóstico. O bloqueio sequencial α -adrenérgico e depois β -adrenérgico é essencial na preparação pré-operatória, reduzindo complicações perioperatórias. A ressecção cirúrgica permanece o tratamento definitivo.

PO 408

PANCITOPENIA DE ETIOLOGIA “CLIPTOGÉNICA”

M^a Emília Vieira Duque Carreira Monteiro; Sara Maia Barbosa; Teresa Souto Moura

Hospital de São José

A pancitopenia é definida como a redução simultânea das três linhagens celulares sanguíneas e pode ocorrer devido à diminuição da produção na medula ou devido à destruição ou sequestro periférico. Em países desenvolvidos, 64% ocorrem devido a neoplasias hematológicas. Entre outras causas, encontra-se o hiperesplenismo, com consequente sequestro e destruição das células sanguíneas no baço. Este pode resultar de hipertensão portal secundária a doença hepática crónica, infecções, doenças auto-imunes, entre outras. Mulher, 71 anos, com antecedentes de trombocitopenia (50 000/uL) com mielograma e biópsia óssea normais e status pós colecistectomia. Apresenta pancitopénia (anemia com Hb 9,2g/dl, normocítica e normocrômica e leucopenia de 2 500/uL) e ao exame Objetivo esplenomegalia palpável. Analiticamente a destacar esfregaço de sangue periférico sem alterações, bilirrubina total 1,04mg/dl(N), haptoglobina de 1,15g/L(N) e serologias virais negativas. Realizou TC-TAP que evidenciou esplenomegalia com estigmas de hipertensão portal, como varizes esofágicas. Na região peri-hepática um clip metálico junto da zona de obliteração da veia porta com ectasia portal, tendo por isso sido diagnosticada com hipertensão portal não cirrótica mas sim por estenose da veia porta pós-colecistectomia.

Este caso mostra uma causa rara de hipertensão portal não cirrótica, provavelmente de desenvolvimento indolente, que se manifestou por hiperesplenismo com pancitopénia. Revela como, mesmo em pacientes assintomáticos, o internista deve saber valorizar os achados clínicos e laboratoriais e conjugá-los com os antecedentes do doente, mesmo cirúrgicos ou aparentemente não relacionados com quadro atual.

PO 409

SUPRARRENAIS EM RUTURA: UM DIAGNÓSTICO RARO POR DETRÁS DE UMA DOR ABDOMINAL REFRATÁRIA

Arminda Maia; Guilherme Rui Pereira; Carla Queirós da Silva; Maria Almeida Pinto; Maria Margarida Robalo; Carla Maravilha; Sofia Esperança

ULS Braga

Introdução: A hemorragia da suprarrenal é um fenómeno raro (incidência estimada de 0.14-1.1%) de apresentação inicial inespecífica, tornando desafiante o seu diagnóstico. Pode estar associada a várias patologias (sépsis, neoplasia, trauma, coagulopatia), tornando a causa idiopática um diagnóstico raro de exclusão. A bilateralidade agrava o prognóstico, culminando frequentemente em insuficiência suprarrenal primária (ISP) aguda, uma emergência endócrina potencialmente fatal.

Caso clínico: Homem de 46 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial (HTA) não controlada. Recorre ao serviço de urgência por epigastralgia com irradiação dorsal, astenia, anorexia e febre. TC abdominal não revela alterações, tendo alta. Regressa no mesmo dia por agravamento das queixas, apresentando-se inquieto, febril e com dor de difícil controlo. TC abdominal evidencia aumento da espessura das suprarrenais e hiperdensidade sugestiva de hemorragia de novo. Analiticamente, confirmou-se ISP: cortisol matinal 2,73µg/dL, aldosterona indetetável e ACTH elevada. Instituída terapêutica com Hidrocortisona e Fludrocortisona. A investigação etiológica excluiu causas infecciosas, traumatismos ou coagulopatia. A etiologia neoplásica subjacente foi afastada pela estabilidade imagiológica, incluindo ausência de neoplasias da suprarrenal, também estas uma causa importante de hemorragia.

O doente mantém seguimento por Endocrinologia para ajuste terapêutico e vigilância imagiológica.

Discussão: A hemorragia adrenal bilateral espontânea é uma causa rara de ISP. Neste caso, a ausência de fatores precipitantes convencionais torna a apresentação atípica, questionando-se o papel da HTA não controlada na rutura vascular adrenal. Este caso sublinha a importância da persistência clínica perante sintomas refratários e a necessidade de um elevado índice de suspeição para o diagnóstico precoce. A literacia do doente e a vigilância apertada são fundamentais na gestão da ISP sequelar para prevenir crises addisonianas futuras.

PO 410

MELANOMA CUTÂNEO E INFEÇÃO POR VIH: UM DIAGNÓSTICO ALÉM DA PELE

Sara Monte¹; Tomás Bragança Ribau¹; Sandra Mendes²; Tiago Valente²; Ana Brasil²; Jacinta Costa Ruivo²

¹IPO Porto; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) associa-se a imunossupressão progressiva e a maior incidência de várias neoplasias, incluindo melanoma cutâneo. Estudos sugerem evolução mais agressiva do melanoma e piores resultados clínicos em doentes com VIH, possivelmente relacionada com disfunção imunitária e presença de comorbilidades.

Caso clínico: Homem de 43 anos, natural do Brasil e residente em Portugal há três anos, sem medicação habitual e com antecedentes de abcesso perianal com fístula. Dos antecedentes epidemiológicos, destacava-se comportamento sexual de risco, incluindo relações sexuais com homens. Encontrava-se em seguimento por Dermatologia com diagnóstico recente de melanoma da região dorsolombar (2 lesões pigmentadas adjacentes, Breslow - 0,9mm; Nível de Clark II, pT1bR0),

orientado para alargamento cirúrgico e pesquisa de gânglio sentinela.

Recorreu ao serviço de urgência por diarreia mucosa (> 10 dejeções/dia) e dor abdominal com dois dias de evolução. A tomografia computadorizada evidenciou colite extensa; analiticamente apresentava elevação marcada dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda pré-renal por desidratação. Do estudo etiológico foi identificada serologia positiva para VIH-1, com carga viral 22660 cópias/mL e 311 Linfócitos T CD4+, sem outros agentes identificados. Verificou-se melhoria clínica sob antibioterapia empírica com ciprofloxacina. Iniciou posteriormente terapêutica antirretroviral.

Conclusão: Este caso evidencia que o melanoma pode associar-se a infeção por VIH, especialmente em indivíduos com fatores de risco para a mesma. A identificação precoce da infeção por VIH pode ter implicações na abordagem terapêutica do melanoma e no seguimento multidisciplinar, com potencial impacto no prognóstico. Reforça-se a importância do rastreio de infeção por VIH em doentes com fatores de risco e com diagnóstico de melanoma, como ferramenta para identificação precoce e intervenção adequada.

PO 411

ARTROPATIA E HEMOCROMATOSE

Catarina Isabel Silva; Joana Formiga Viegas;
Sofia Alexandra Silva; Ana Paula Vilas

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A hemocromatose caracteriza-se pelo aumento da absorção intestinal de ferro e pela sua deposição progressiva e excessiva em vários órgãos, sobretudo fígado, pâncreas, coração, hipófise e articulações. Nas fases iniciais, é frequentemente assintomática. As artralguas são uma manifestação comum e podem constituir a primeira manifestação da doença. Habitualmente simétricas, podem levantar a suspeita de artrite reumatoide, sendo também frequentemente confundidas com artralguas de etiologia mecânica.

Caso clínico: Homem de 62 anos, referenciado por hiperferritinemia. Antecedentes de síndrome de apneia obstrutiva do sono e doença venosa crónica dos membros inferiores. Encontrava-se assintomático e sem alterações relevantes ao exame Objetivo. Analiticamente, apresentava Hb 15,6g/dL, ferro 84µg/dL (50-170), CTFF 285µg/dL (250-450), saturação da transferrina 43% (20-40) e ferritina 841ng/mL (10-291); os restantes parâmetros, incluindo inflamatórios, eram normais. A ecografia abdominal revelou esteatose hepática ligeira. Meses depois, iniciou artralgia dos cotovelos de características predominantemente inflamatórias. Repetido o estudo do ferro, apresentava saturação de transferrina de 54% e ferritina sobreponível. A Ressonância Magnética abdominal evidenciou sobrecarga ligeira de ferro no fígado e no baço.

Discussão: A artropatia pode constituir uma mani-

festação precoce da hemocromatose. Habitualmente, apresenta-se como artrite simétrica das 2ª e 3ª articulações metacarpofalângicas, embora qualquer articulação possa ser afetada. Sem tratamento, pode tornar-se incapacitante. Assim, perante artrites simétricas, o estudo do metabolismo do ferro deve ser considerado. O diagnóstico precoce da hemocromatose e o tratamento atempado podem limitar a progressão da artropatia associada.

PO 412

INSUFICIÊNCIA RENAL RAPIDAMENTE PROGRESSIVA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE VASCULITE ANCA-MPO

Leda D'Almeida; José Oliveira Da Costa; Natália Marchão;
Iolanda Godinho; Sofia Jorge; Rui Nogueira;
José António Lopes; Estela Nogueira
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

A insuficiência renal rapidamente progressiva (IRRP) constitui uma emergência nefrológica, estando frequentemente associada a vasculites de pequenos vasos mediadas por anticorpos anti-citoplasma dos neutrófilos (ANCA). O diagnóstico precoce é determinante para otimizar o prognóstico renal e reduzir morbilidade sistémica.

Apresenta-se o caso de um homem de 44 anos, ancestralidade europeia, previamente saudável, admitido inicialmente por náuseas, vômitos e dor no flanco direito, associado a síndrome constitucional com quatro meses de evolução caracterizado por astenia, anorexia, perda ponderal de 10kg e febre vespertina. Analiticamente documentou-se anemia normocítica-normocrómica, deterioração severa da função renal, com creatinina de 4.29mg/dL (valor prévio 0.88mg/dL em 2022), proteinúria de 2.1g/24h e sedimento ativo. A TC toraco-abdominopélvica evidenciou infiltração esteatósica, esplenomegalia 14.7cm, sem alterações pulmonares significativas. A ecografia renal demonstrou rins normodimensionados com hiperecogenicidade difusa do parênquima, compatível com nefropatia médica. O estudo etiológico excluiu causas infecciosas e do ponto de vista imunológico revelou ANCA-MPO fortemente positivo (títulos 739.8U/mL), com ANCA-PR3 e anticorpos anti-GBM negativos. A biópsia renal foi compatível com o diagnóstico de glomerulonefrite pauci-imune necrotizante no contexto de Poliangeite microscópica.

Perante este diagnóstico, foi iniciada terapêutica imunossupressora com glucocorticoides e um esquema combinado de ciclofosfamida e rituximab constatando-se a recuperação progressiva da função renal, tendo atualmente creatinina de 1.50mg/dL.

Este caso ilustra uma apresentação insidiosa de vasculite ANCA-MPO, inicialmente dominada por sintomas constitucionais e deterioração rápida da função renal, sem envolvimento pulmonar evidente. A identificação

precoce deste padrão clínico é essencial para orientação diagnóstica e início atempado de terapêutica imunossupressora, determinante para preservação da função renal. A IRRP com sedimento ativo deve manter elevado índice de suspeição para vasculites associadas a ANCA, reforçando a importância de uma abordagem célere e multidisciplinar.

PO 413

INSULINOMA COMO CAUSA DE HIPOGLICEMIA RECORRENTE: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO

Diogo Macedo; Ana Raquel Castro; Joana Lopes; Marta Batista; Márcia Machado; Inês Ferreira; Ussumane Embalo; Glória Alves

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: O insulinoma é um tumor neuroendócrino de pequenas dimensões com origem nas células beta pancreáticas, responsáveis pela regulação da insulina. O principal sintoma é a hipoglicemia em jejum e pode surgir associado à neoplasia endócrina múltipla do tipo 1.

Caso clínico:: Mulher de 59 anos, caucasiana, recorreu ao serviço de urgência por episódio de lipotimia, em contexto de hipoglicemia (47 mg/dL), documentada à admissão. Tinha antecedentes de episódios de alteração do estado de consciência, que se encontravam em estudo. Negou ingestão de fármacos hipoglicemiantes ou cirurgia bariátrica prévia. Durante o internamento, para estudo etiológico da hipoglicemia, realizou doseamento de cortisol matinal e hormona partireoideia, com valores dentro da normalidade, e pesquisa de anticorpos anti-insulina, que foi negativa. Na prova de jejum prolongado, a doente manteve-se assintomática, mas, com valor de glicemia inferior a 45 mg/dL, apresentou valores concomitantes de insulina de 8.8 µU/mL, pró-insulina de 4.20 pmol/L, peptídeo C de 2.15 ng/mL e ácido beta-hidroxibutirato de 0.50 mg/dL, compatíveis com hipoglicemia hiperinsulinémica endógena. Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica e ressonância magnética abdominal, que não evidenciaram lesões suspeitas de neoplasia pancreática. Posteriormente, realizou tomografia por emissão de positrões associada a tomografia computadorizada (PET/TC) com 68Ga-DOTA(0)-Tyr3-Octreotídeo, que identificou uma lesão compatível com tumor neuroendócrino, no corpo do pâncreas. Após confirmação diagnóstica, a doente foi orientada para consulta de grupo oncológica para abordagem terapêutica.

Discussão: O insulinoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de hipoglicemias recorrentes, tal como causas factícias e outras etiologias endócrinas. Este caso evidencia a importância da suspeita clínica no diagnóstico de hipoglicemia hiperinsulinémica endógena. E, quando os métodos imagiológicos convencionais não permitem identificar a lesão, a ima-

giologia funcional, nomeadamente, PET/TC com 68Ga-DOTATOC, pode desempenhar um papel determinante na localização deste tumor.

PO 414

VASCULITE LEUCOCITOCILÁSTICA PÓS-INFECCIOSA: UM DIAGNÓSTICO CLÍNICO SISTEMATIZADO

Iara Fazenda; Ana Frederica Parente; Daniel Lima Alves; António Cardoso Fernandes; Alexandra Esteves; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A vasculite leucocitoclástica (VLC) é uma vasculite de pequenos vasos mediada por imunocomplexos, frequentemente desencadeada por infeções, fármacos, doenças autoimunes ou neoplásicas. A identificação precoce e a abordagem sistemática são essenciais para estabelecer o diagnóstico diferencial adequado pelo que apresentamos um caso que ilustra como uma abordagem estruturada permite evitar internamentos desnecessários sem comprometer a segurança dos doentes.

Homem, 63 anos, sem antecedentes relevantes nem medicação crónica, recorreu ao Serviço de Urgência por odinofagia e febre com três dias de evolução, seguidos de lesões petequiais confluentes nos membros inferiores bilateralmente até ao joelho. Ao exame Objetivo destacava-se hipertrofia amigdalina sem exsudados e lesões petequiais palpáveis, sem púrpura, ulceração ou envolvimento mucoso associado. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, PCR e VS elevadas, padrão de citocolestase ligeira; sem trombocitopenia, sem alteração da função renal ou do sedimento urinário. Ecografia abdominal sem alterações como hepatoesplenomegalia. Perante a ausência de sinais de alarme sistémicos, foi orientado para consulta externa sob anti-histamínico e corticoterapia tópica, com resolução completa das lesões ao fim de três semanas. O estudo etiológico foi negativo (TASO, serologias víricas, Paul-Bunnell, hemoculturas, ANA, ANCA, complemento normal). *Follow-up* um ano depois, sem recrudescimento de sintomas ou de doença sistémica. Este caso demonstra que a VLC pós-infecciosa, mesmo sem agente identificado, pode ser gerida em ambatório e com terapêutica sintomática com segurança após a exclusão sistemática de red flags — envolvimento renal, pulmonar, gastrointestinal e doença sistémica subjacente. Uma abordagem estruturada evita internamentos, terapêutica e exames de alto custo sem benefício clínico demonstrado, equilibrando a vigilância de potenciais complicações sistémicas graves com uma gestão clínica racional e proporcionada.

PO 415

QUANDO A LEUCOCITOSE EXTREMA NÃO É LEUCEMIA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DE PLASMÓCITOS

Morgana Alves; João Morais Lopes; Teresa Guimarães Rocha; Rita Silva; Maria João Castro; Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Introdução: A leucocitose extrema é habitualmente associada a infeção grave ou doença hematológica maligna, particularmente leucemia aguda. Contudo, outras etiologias menos frequentes podem apresentar-se de forma semelhante. O reconhecimento de apresentações atípicas é essencial para orientar adequadamente a investigação diagnóstica.

Caso clínico: Homem de 79 anos recorreu ao serviço de urgência por dor torácica intensa com cerca de dois meses de evolução, agravada com o movimento e com a tosse. Ao exame Objetivo apresentava dor à palpação da grelha costal direita. Analiticamente apresentava leucocitose de $82,6 \times 10^9/L$ com neutrofilia e desvio à esquerda, proteína C-reativa elevada (15,09 mg/dL) e velocidade de sedimentação aumentada (61 mm/h). O esfregaço de sangue periférico evidenciou células de maior dimensão com relação núcleo/citoplasma aumentada e cromatina reticular, levantando suspeita de leucemia aguda, motivo pelo qual foi internado para investigação diagnóstica. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas lesões expansivas da parede torácica com fraturas patológicas costais, a maior com cerca de 69 mm. A imunofenotipagem do sangue periférico não revelou doença linfoproliferativa e o medulograma não demonstrou blastose ou infiltração plasmocitária significativa. O estudo de cadeias leves livres evidenciou aumento de cadeias kappa com razão kappa/lambda aumentada. Foi realizada biópsia de lesão osteolítica costal, confirmando neoplasia de plasmócitos (CD138, CD38 e MUM1 positivos) com restrição de cadeias leves kappa. O doente iniciou dexametasona e foi transferido para Hematologia para orientação terapêutica.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação incomum de neoplasia de plasmócitos manifestada por leucocitose extrema e alterações morfológicas sugestivas de leucemia aguda. A presença de lesões osteolíticas associadas a fraturas patológicas deve levantar suspeita de neoplasia subjacente, mesmo na ausência de infiltração medular significativa, permitindo um diagnóstico mais precoce.

PO 416

APRESENTAÇÃO OCULAR ISOLADA DE DOENÇA SISTÊMICA - UM CASO DE TUBERCULOSE OCULAR

Iara Fazenda; Daniel Lima Alves; Ana Frederica Parente; António Cardoso Fernandes; António Cruz; Alexandra Esteves; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Na ausência de sintomas respiratórios, achados radiológicos ou confirmação microbiológica inicial, a tuberculose (TB) ocular é uma manifestação extrapulmonar rara, frequentemente diagnosticada tardiamente por mimetizar doenças autoimunes e descrita em menos de 1% dos casos de TB ativa. Homem, 73 anos, com uveíte anterior e intermédia do olho esquerdo (OE), descolamentos coróides periféricos 360°, catarata densa e descolamento neurosensorial da retina, no contexto de perfuração traumática prévia do olho direito (OD) e incumprimento terapêutico ambulatorio, exigindo internamento para garantir adesão à imunossupressão sistémica, evoluindo para amaurose e posterior evisceração cirúrgica. O quadro foi inicialmente assumido como oftalmia simpática, entidade autoimune clássica após trauma penetrante com exposição uveal. Estudo etiológico revelou IGRA positivo, sem sintomas ou sinais de doença ativa, radiografia torácica sem alterações, exame direto de secreções brônquicas seriadas estéril e PCR para micobactérias no material de evisceração negativa. Iniciado tratamento empírico com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol (HRZE); perante ausência de resposta e agravamento inflamatório, optou-se por tratar como infeção latente e otimizar imunossupressão com azatioprina 200 mg/dia e prednisolona 40 mg/dia, com melhoria parcial. Após a alta, a cultura das secreções brônquicas revelou crescimento de micobactérias, confirmando TB ativa. Em consulta de Medicina Interna suspendeu-se azatioprina, iniciou-se desmame gradual de prednisolona e reintroduziu-se HRZE, com melhoria progressiva ocular e conclusão terapêutica em março de 2026. Este caso mostra que a TB ocular pode preceder o diagnóstico pulmonar e mimetizar uveíte autoimune. A negatividade inicial das culturas não exclui TB ativa, pois o crescimento micobacteriano pode demorar semanas. Perante uveíte refratária, IGRA positivo e ausência de outra etiologia, a TB ocular deve manter-se no diagnóstico diferencial.

PO 417

PARA ALÉM DA DEMÊNCIA: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE DE ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO

Filipa Ribeiro Trigo; Joana Soares Mendonça;

Marta Filipa Graça; Inês Chora

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A encefalopatia de Hashimoto é uma síndrome neurológica rara, de provável etiologia autoimune, caracterizada por sintomatologia neuropsiquiátrica.

É considerada um diagnóstico de exclusão e apresenta resposta clínica favorável à corticoterapia, apesar da possibilidade de ausência de resposta completa.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 69 anos, com quadro de alterações cognitivo-comportamentais manifestado por alucinações visuais, alterações mnésicas, ideias persecutórias e desorientação temporoespacial, com 6 meses de evolução, a condicionar limitação funcional. Analiticamente, com T4 livre diminuída, anticorpos anti-TPO fracamente positivos e elevação da VS e da PCR. Realizou estudo de demência, sem défice de folatos ou vitamina B12, serologias de sífilis e VIH negativas e TC-CE e RM-CE com alterações crônicas sugestivas de isquemia, EEG compatível com encefalopatia ligeira com disfunção de predomínio fronto-temporal, sem atividade epilética, punção lombar com contagem celular normal, sem hiperprotainorráquia e pesquisa de anticorpos antineuronais, onconeuronais e proteína 14-3-3 negativa, TC toracoabdominopélvica e PET sem evidência de neoplasia oculta, tendo sido excluída etiologia epilética, inflamatória, infecciosa, priónica e paraneoplásica. Pela possibilidade de encefalopatia de Hashimoto, iniciou levotiroxina e prednisolona 1mg/kg/dia *per os* empiricamente, com resposta favorável após 1 semana, a corroborar esta hipótese diagnóstica, com possível contributo de doença neurodegenerativa por doença cerebrovascular. À data de alta, com melhoria documentada no Mini Mental State Examination e recuperação funcional parcial.

Discussão: O diagnóstico de encefalopatia de Hashimoto é desafiante atendendo à ausência de marcadores de critérios de diagnóstico específicos, exigindo elevada suspeição clínica. O reconhecimento precoce permite instituir tratamento dirigido, com melhoria clínica significativa.

PO 418

COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ESCLEROSE SISTÊMICA: UMA EVOLUÇÃO ATÍPICA

Beatriz La Féria¹; Margarida Vieira Martins²; Patrícia Cláudio Ferreira²; Margarida Monteiro²

¹IPO Porto; ²ULS Braga

A esclerose sistémica (ES) é uma doença autoimune rara do tecido conjuntivo que afeta vários órgãos, como, a pele, os pulmões e vários órgãos do trato gastrointestinal. A colangite biliar primária (CBP) também é uma doença autoimune rara que se caracteriza pela destruição progressiva dos ductos biliares intra-hepáticos. Apesar do envolvimento hepático ser raro na ES, a associação entre ES e CBP encontra-se bem descrita na literatura.

Apresenta-se o caso de uma doente de 58 anos encaminhada para a consulta de Medicina Interna por apresentar anticorpos anti-nucleares (ANAs) positivos.

Inicialmente, a doente apresentava emagrecimento, náuseas, diarreia e dor abdominal ligeira. Analiticamente, destacava-se: hiperbilirrubinemia; aumento da fosfatase alcalina e da gama-glutamil transferase; transaminases normais; ANAs aumentados, com o painel de antígenos nucleares extraíveis (ENAs) negativo; e anticorpos anti-mitocondriais positivos. A ecografia abdominal era normal. A doente realizou uma biópsia hepática que revelou achados morfológicos compatíveis com CBP, pelo que iniciou tratamento com ácido ursodesoxicólico.

Seis meses depois, a doente volta à consulta, nessa altura, apresentava espessamento cutâneo e hiperpigmentação da pele do dorso das mãos, antebraços e braços, sem Raynaud. Analiticamente, além das alterações descritas previamente, apresentava ENAs positivos para anti-Topo-I/anti-SCL-70 e anti-Ro52. Realizou videocapilaroscopia do leito ungueal que revelou um padrão esclerodérmico ativo e uma biópsia cutânea que mostrou achados característicos de ES. A colangite biliar primária é a doença hepática autoimune mais frequentemente associada à esclerose sistémica. No entanto, na maioria dos casos descritos, a ES precede o diagnóstico de CBP. O caso apresentado evidencia uma sequência temporal atípica e reforça a importância da vigilância clínica e imunológica destes doentes, dado o risco de desenvolvimento de outras doenças autoimunes sistémicas.

PO 419

ANSIEDADE OU ALARME ONCOLÓGICO? UM TUMOR MEDIASTÍNICO MALIGNO E O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lumira Marques; Maria Fialho; Flávio Quadrado; Mafalda Hipólito Reis; Stella Cortes Verdasca; Luísa Rebocho
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: A manifestação ansiosa pode mascarar patologias orgânicas graves, retardando a investigação diagnóstica. Um diagnóstico diferencial sistemático é crucial para identificar causas atípicas e permitir intervenção terapêutica precoce e adequada.

Caso clínico: Mulher de 29 anos, com antecedentes de asma, rinosinusite alérgica, litíase renal, excesso ponderal, perturbação ansiosa crónica e tabagismo. Apresentou episódios recorrentes de amigdalite tratados com antibioterapia. Evoluiu com dor torácica retrosternal pleurítica, perda ponderal de 2–3 kg e intensificação do quadro ansioso. Ao exame físico: polipneia, dor torácica intensa à palpação, diminuição do murmúrio vesicular à direita e sensibilidade abdominal difusa. Analiticamente, destacava-se discreta elevação do D-dímero (1,28 ug/mL) e hipocaliemia (3,3 mmol/L). A radiografia e TC torácica evidenciaram massa subpleural direita heterogénea, nódulos subpleurais e lesão fusiforme na grande cisura; RM confirmou massa sólida supradiafragmática sem in-

vasão diafragmática. Biópsia revelou tumor germinativo mediastínico com transformação maligna somática tipo rabdomiossarcoma (Desmina+, Miogenina+, MyoD1+). Iniciou quimioterapia após alta hospitalar. Foi reinternada devido a difícil controlo sintomático pós-quimioterapia e derrame pleural volumoso à direita, associado a insuficiência respiratória parcial. TC torácica de reavaliação mostrou densificações teciduais mediastínicas e pericárdicas com calcificações, consistentes com progressão desfavorável da doença. **Discussão:** Este caso evidencia que manifestações ansiosas podem representar a apresentação inicial de neoplasias mediastínicas raras com transformação maligna, reforçando a necessidade de investigação diagnóstica sistemática em doentes com queixas inespecíficas ou histórico de transtorno ansioso, mesmo em contextos aparentemente benignos.

PO 420

TEMPESTADE DE COMPLICAÇÕES NA TRANSPLANTADA RENAL: DE SÉPSIS A CALCIFILAXIA

Leda D'Almeida; Natália Marchão; José António Lopes; Sofia Jorge

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Os doentes transplantados renais apresentam risco aumentado de infeções graves e invulgares devido à imunossupressão crónica, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico.

Descreve-se o caso de uma mulher de 79 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, doença arterial obstrutiva periférica, transplantada renal em 2012 por doença renal crónica devida a doença renal poliquística autossómica dominante, sob imunossupressão com tacrolimus, micofenolato de mofetil e prednisolona, admitida por disfunção aguda do enxerto renal no contexto de gastroenterite aguda e desidratação. À admissão apresentava elevação de parâmetros inflamatórios e agravamento da função renal (creatinina 4.2mg/dL, basal 2.7mg/dL). Iniciou antibioterapia empírica de largo espectro, após colheita de exames microbiológicos, e reduziu-se a imunossupressão. Durante o internamento evolução com febre sem foco evidente. Investigação adicional por TC toracoabdominopélvica revelou coleção retroperitoneal adjacente ao músculo psoas direito 6cm extensão e 5.5x4.5cm axiais, submetida a drenagem percutânea ecoguiada (aproximadamente 50mL de conteúdo purulento). Estudo microbiológico identificou *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente e instituída terapêutica dirigida com colistina e cefazidima-avibactam após discussão multidisciplinar. A evolução clínica foi complicada por agravamento da disfunção do enxerto renal, com necessidade de hemodiálise e aparecimento de lesões cutâneas necróticas dolorosas nos membros inferiores. Avaliada

pela Dermatologia com lesões dos membros inferiores clinicamente muito sugestivas de calcifilaxia. Verificou-se insuficiência respiratória com carbonarose, exigindo ventilação mecânica invasiva e admissão em cuidados intensivos. Apresentou melhoria progressiva do quadro infeccioso e recuperação da função do enxerto renal. A calcifilaxia foi tratada com câmara hiperbárica, tiosulfato de sódio iv e calcimimético.

Este caso evidencia a gravidade e complexidade das infeções em doentes imunossuprimidos, a importância da suspeição clínica precoce, recurso à imagiologia para identificação de focos ocultos e abordagem multidisciplinar no tratamento de infeções por microrganismos multirresistentes e complicações raras como a calcifilaxia.

PO 421

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: QUANDO A CAUSA É ANATÓMICA

Margarida Vieira Martins¹; Beatriz La Féria²; Selma Mulemba Baptista¹; Maria Margarida Marques¹; Margarida Monteiro¹; Maria Rosário Araújo¹; Olinda Caetano¹

¹Hospital de Braga; ²IPO Porto

Introdução: A ausência congénita de veia cava inferior (VCI) é uma malformação rara (presente em 0.005-1% da população) que comumente resulta de um defeito congénito durante a embriogénese. A sua ausência condiciona o uso de veias acessórias (sistemas lombar, ázigos e hemiázigos) para a drenagem venosa das extremidades inferiores, predispondo a hipertensão venosa e complicações como tromboembolia. Apesar da raridade do fenómeno, está presente em 5% dos casos de trombose venosa profunda (TVP) em jovens.

Caso clínico: O caso apresentado refere-se a um homem de 20 anos que se apresentou com dor lombar, inguinal e gemelar bilateralmente, com edema bilateral simétrico e alguma incapacidade funcional. Foi realizado estudo com ecodoppler que demonstrou extensa trombose profunda bilateral com extensão até às veias ilíacas comuns. Realizou TC abdominopélvica que confirmou de agenesia da veia cava inferior. O estudo imagiológico demonstrou: trombose venosa profunda bilateral, com extensão às veias ilíacas comuns e ramos lombares paravertebrais bilateralmente, agenesia congénita da veia cava inferior com circulação colateral paravertebral e proeminência do sistema ázigos/hemiázigos. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina com melhoria sintomática. Realizou estudo de trombofilias, sem alterações detectadas. Teve alta ao quinto dia de internamento com terapêutica farmacológica (anticoagulação oral com edoxabano) e meias de compressão elástica e consulta de *follow-up* de Medicina Interna e Cirurgia Vascular.

Discussão: A agenesia da veia cava inferior é uma causa de TVP pouco equacionada, sendo que na população jovem, a par de estudo de trombofilias, deve

ser pensada a hipótese de anomalias vasculares como causa e realizado estudo imagiológico neste sentido, uma vez que apesar da raridade da síndrome, esta é responsável por um número não negligenciável de casos de TVP em jovens.

PO 422

KLEBSIELLA PNEUMONIAE OXA-48 EM DOENTE TRANSPLANTADA HEPÁTICA: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

Margarida Vieira Martins¹; Selma Mulemba Baptista¹; Maria Margarida Marques¹; Beatriz La Féria²; Margarida Monteiro¹; Maria Rosário Araújo¹; Olinda Caetano¹
¹Hospital de Braga; ²IPO Porto

Introdução: A *Klebsiella pneumoniae* é um agente infeccioso cada vez mais prevalente em meio hospitalar. É responsável por uma miríade de patologias, incluindo infecção respiratória, urinária e, em casos mais graves, bacteriemia e sépsis.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 54 anos com antecedente de transplante hepático em setembro de 2025 por cirrose hepática de etiologia alcoólica. A doente encontrava-se a realizar imunossupressão com prednisolona 10mg id e tacrolimus 6.5mg id. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por disúria e febre de novo e realizou sumária de urina, que apresentava leucocitúria. À admissão com rastreio KPC positivo para OXA 48. Iniciou antibioterapia empírica com meropenem por toma recente de piperacilina-tazobactam. Hemoculturas colhidas no SU com *Klebsiella pneumoniae*. Internada por sépsis com ponto de partida urinário dado que a doente tinha urocultura em internamento recente com o mesmo isolamento. Ao 4º dia de internamento descala-se para ertapenem após resultado do teste de sensibilidade do microorganismo. Dada a estabilidade clínica e boa evolução foi mantida a terapêutica imunossupressora durante a intercorrência infecciosa. A doente teve alta ao 13º dia de internamento, tendo cumprido 12 dias de antibioterapia dirigida, com melhoria clínica e analítica.

Discussão: Este caso reitera a importância das infeções causadas por *Klebsiella pneumoniae*, bactéria com taxas de infeção crescentes em meio hospitalar, e a sua gravidade em doentes imunossuprimidos pelas complicações que podem advir da sua infeção e tratamentos com antibioterapia de largo espetro, dadas as resistências encontradas nestas espécies.

PO 423

ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNAS PÓS-BYPASS GÁSTRICO: PANCITOPENIA COMO MANIFESTAÇÃO INCOMUM

Gabriela Silva; Beatriz Brito Almeida; Catarina Gomes Gonçalves; Margarida Montes; Cátia Filipa Canelas; Elisa Macedo Brás
Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Introdução: A enteropatia perdedora de proteínas (EPP) é uma causa rara de hipoalbuminemia não renal. Após bypass gástrico, pode surgir tardiamente por inflamação crónica da mucosa e má absorção. A associação a pancitopenia é incomum, podendo simular doença hematológica primária.

Caso clínico: Mulher de 61 anos, submetida a bypass gástrico em 2021, observada por astenia, edema generalizado e perda ponderal de 7 kg (~11% do peso basal) em 5 meses. Analiticamente apresentava pancitopenia (Hb 9,8 g/dL; leucócitos $2,9 \times 10^9/L$; plaquetas $110 \times 10^9/L$), hipoproteïnemia (5 g/dL) e hipoalbuminemia grave (1,7 g/dL), sem proteinúria. Foram excluídos défices de ferro, ácido fólico e vitamina B12, hemólise, infeções, autoimunidade e doença hematológica. Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica revelou espessamento difuso do íleo e cólon. Calprotectina fecal marcadamente elevada (1971 µg/g). Colonoscopia e ileoscopia mostraram edema mucoso; biópsias evidenciaram inflamação crónica inespecífica, sem critérios de doença inflamatória intestinal. Perante a exclusão de outras etiologias, considerou-se EPP pós-bypass como hipótese diagnóstica mais provável. Foi iniciado programa de otimização nutricional, incluindo suplementação proteica e reposição de albumina, verificando-se melhoria da anemia e leucopenia (Hb 11,9 g/dL; leucócitos $5,81 \times 10^9/L$), com persistência de trombocitopenia e hipoalbuminemia parcial, mas em recuperação (albumina 2,5 g/dL).

Discussão: Este caso sugere que a EPP pode manifestar-se com citopenia multilinear, possivelmente devido ao impacto da desnutrição proteica grave e inflamação intestinal crónica na função medular, embora o mecanismo não esteja totalmente esclarecido. Em doentes pós-bariátricos com hipoalbuminemia severa, sem proteinúria, associada a pancitopenia inexplicada, a EPP deve integrar precocemente o diagnóstico diferencial.

PO 424

TEMPESTADE TROMBÓTICA: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO

Margarida Vieira Martins¹; Beatriz La Féria²; Patrícia Cláudio Ferreira¹; Luís Neves Da Silva¹; Margarida Monteiro¹

¹Hospital de Braga; ²IPO Porto

Introdução: O síndrome antifosfolipídico catastrófico (CAPS) é uma variante rara da síndrome antifosfolipídico (SAF), caracterizada por trombose disseminada,

culminando em falência multi-orgânica, predominantemente com manifestações renais, pulmonares, cerebrais, cardíacas e cutâneas e com mau prognóstico. O reconhecimento precoce e intervenção agressiva são fundamentais para melhores resultados clínicos.

Caso clínico: Homem de 47 anos, com antecedente de doença renal crônica e bicitopenia (anemia e trombocitopenia) em seguimento em consulta de Imuno-hemoterapia. Do estudo efetuado, com anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e anti-beta2 glicoproteína IgG positivos. O doente recorreu ao serviço de urgência (SU) por alterações em estudo analítico do exterior com anemia agravada (hemoglobina 4.7g/dL) e trombocitopenia (87000). Confirmada bicitopenia em estudo analítico do SU e lesão renal aguda enxertada em DRC, tendo sido internado com suspeita de SAF. Por suspeita de bicitopenia imunomediada iniciou corticoterapia com prednisolona. Pela persistência da bicitopenia, com necessidade transfusional, alterada para pulsos de metilprednisolona, que cumpriu durante 4 dias, tendo sido novamente iniciada prednisolona posteriormente. Durante o internamento com dessaturação e hipocapnia, pelo que realizou angio-TC de tórax que revelou infiltrados bilaterais. No internamento realizou ainda ecocardiograma transtorácico que revelou uma válvula aórtica muito espessada, insuficiência aórtica grave e estrutura hiperecogénica apensa à válvula - endocardite Libman-Sacks. Colheu rastreio séptico (sem isolamento) e iniciou antibioterapia. Dada a suspeita de SAF catastrófico iniciou tratamento com rituximab. Por disartria de novo, realizou angio TC-CE que revelou lesões isquémicas em múltiplas localizações, sem oclusão de grande vaso, iniciou hipocoagulação com enoxaparina, posteriormente alterada para varfarina. O doente evoluiu favoravelmente, tendo alta ao 37º dia de internamento.

Discussão: A relevância deste caso prende-se com a sua raridade, principalmente num doente do sexo masculino e com a sua evolução favorável apesar das complicações, numa doença com mortalidade elevada (30-50%) em simultâneo com a apresentação típica de uma doença pouco encontrada.

PO 425

DOR REFERIDA ABDOMINAL COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ESPONDILODISCITE TORÁCICA

Daniela Da Graça Cruz; Tatiana Milheiro Teixeira;
Pedro Lima Lopes; Catarina Amaral; Pedro Manuel Oliveira
ULS Gaia/Espinho

A espondilodiscite é uma infeção do disco intervertebral e corpos vertebrais adjacentes, frequentemente associada a bacteriemia. A apresentação típica caracteriza-se por febre e dor axial localizada no nível da infeção, podendo evoluir com défices neurológicos.

Apresenta-se o caso de um homem de 85 anos, com antecedentes de colecistectomia e gastrectomia par-

cial, internado por sépsis por pielonefrite aguda, evoluindo para choque séptico com bacteriemia a *E. coli*. Após melhoria inicial com antibioterapia, apresentou recidiva da febre e novo isolamento de *E. coli* em HC. Do estudo, TC TAP mostrou derrame pleural bilateral e dilatação das vias biliares por provável cálculo na papila. Realizou toracocentese, punção lombar, ecocardiograma transtorácico, sem sinais de infeção. Por dor persistente no hipocôndrio direito, realizou ecografia abdominal confirmando dilatação biliar sem obstrução; não realizou CPRE devido à gastrectomia parcial. Após estudo, sem evidência de foco infeccioso e, perante bacteriemia persistente, foi solicitada PET, que mostrou provável processo inflamatório/infeccioso em D4-D6. A RMN confirmou espondilodiscite extensa D4-D6, sem compressão medular. Cumpriu antibioterapia endovenosa dirigida com ceftriaxone por 30 dias, seguida de cotrimoxazol oral conforme antibiograma, com evolução favorável.

Este caso evidencia uma apresentação atípica de espondilodiscite torácica. Embora a literatura documente casos raros de dor abdominal em espondilodiscite lombar pediátrica por protrusão anterior do disco, a dor abdominal em espondilodiscite torácica do adulto é excecional. Neste caso, a dor no hipocôndrio direito motivou suspeita inicial de patologia hepatobiliar e extensa investigação abdominal, atrasando a identificação do foco vertebral.

O caso reforça que, embora rara, a dor abdominal pode ser manifestação inicial de espondilodiscite, exigindo elevado índice de suspeição para evitar atraso diagnóstico de uma entidade potencialmente grave.

PO 426

A CAUSA ACIMA DA PERNA: DOIS CASOS DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Tetiana Shara¹; Pedro Teixeira Vaz²; João Matoso¹;
Conceição Escarigo¹

¹Hospital Garcia de Orta, EPE; ²Hospital da Luz Lisboa

A síndrome de May-Thurner (SMT) resulta da compressão extrínseca da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita, predispondo à estase venosa e trombose venosa profunda (TVP) iliofemoral. Embora classicamente descrita em mulheres jovens, pode surgir em diferentes faixas etárias e permanece frequentemente subdiagnosticada, sobretudo quando o quadro clínico é atribuído a causas mais comuns de edema do membro inferior. A identificação precoce é fundamental, pois o atraso diagnóstico aumenta o risco de recorrência trombótica e complicações.

Apresentam-se dois casos de SMT diagnosticados no serviço de urgência. O primeiro refere-se a uma mulher jovem, fumadora, com antecedentes de síndrome depressivo e anticoagulante lúpico positivo, sem medicação habitual, que recorreu ao SU por traumatismo do tornozelo esquerdo, apresentando edema persistente do

membro inferior. Após avaliações ortopédicas e Eco-Doppler inconclusivo, a persistência dos sintomas motivou doseamento de D-dímeros (7,2 µg/mL) e angio-TC, que revelou trombose extensa da veia ilíaca comum esquerda e compressão pela artéria ilíaca comum direita, compatível com SMT. O segundo caso é de uma mulher de 78 anos, com múltiplas comorbidades, que apresentou edema doloroso do membro inferior esquerdo com limitação funcional. A investigação revelou D-dímeros elevados (7,04 µg/mL) e angio-TC mostrou trombose extensa da veia ilíaca esquerda, com extensão para veias femoral comum, femoral superficial e poplítea, associada a compressão venosa compatível com SMT. Em ambos os casos foi iniciada anticoagulação e referencição para Cirurgia Vascular.

Estes casos ilustram que a SMT pode manifestar-se em qualquer faixa etária, sendo crucial manter um elevado índice de suspeição perante TVP do membro inferior esquerdo, sobretudo com ecodoppler inicial inconclusivo. A realização de angio-TC é determinante para o diagnóstico, permitindo orientar o tratamento e reduzir complicações.

PO 427

UMA RECEITA MAL INTERPRETADA, UM COMA EVITÁVEL

Vitor Santos Oliveira; Inês Fernandes; Filipa Reis; Giovana Ennis; Cláudio Quintaneiro; Edite Nascimento
ULS Viseu Dão Lafões

Introdução:

O coma mixedematoso representa uma emergência endocrinológica rara mas potencialmente fatal, com mortalidade reportada entre 25-70%. Caracteriza-se por deterioração do estado mental, hipotermia, hipotensão, hiponatremia e hipoventilação. Após tireoidectomia total, a terapêutica de substituição com levotiroxina é obrigatória e vitalícia, sendo fundamental a comunicação clara desta necessidade ao doente.

Caso clínico: mulher de 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e tireoidectomia total por carcinoma papilar da tireoide.

Recorreu ao Serviço de Urgência, por um agravamento progressivo do estado geral, com dois meses de evolução com astenia severa, edema generalizado, lentificação, confusão, mialgias e sonolência marcada. Ao exame Objetivo apresentava: PA 160/110 mmHg, SpO2 90% em aa, FC 50 bpm, fácies em lua cheia, edema periorbitário bilateral, bradipneia e edema dos membros. ENS consciente, orientada e colaborante, lentificada nos movimentos e discurso. Sem outros défices objetiváveis.

Após colheita de história clínica detalhada, apurou-se que a utente, após 5 meses suspendeu de forma autónoma a toma de levotiroxina por término da prescrição inicial. O estudo analítico revelou TSH >98 mUI/L, T4 livre 0,4 ng/dL, T3 livre 0,13 ng/dL, hipocaliemia de 2.7 mEq/L e

CK de 700UI/L. O ECG mostrou uma bradicardia sinusal de 48bpm com intervalo QT aumentado. Iniciou-se protocolo terapêutico com hidrocortisona 100mg EV, seguida de levotiroxina 400mcg EV. A doente foi internada por mixedema, IR tipo 2, hipocaliemia e rabdomiólise. Apresentou melhoria clínica progressiva com normalização dos valores de T4L a D2 de internamento, sem desenvolvimento de complicações. Transitou para terapêutica oral tendo alta hospitalar clinicamente estável. **Discussão:** Este caso ilustra uma complicação grave e evitável do hipotireoidismo não tratado. O coma mixedematoso, embora raro (incidência de 2,56 casos por milhão de habitantes/ano), apresenta mortalidade significativa mesmo com tratamento adequado. A rabdomiólise é uma complicação rara do hipotireoidismo grave. O aspeto mais relevante deste caso é a sua etiologia atípica que realça a importância crítica da comunicação entre médico e doente, na explicação da sua condição clínica e da importância do tratamento.

PO 428

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COM ENVOLVIMENTO MULTISSISTÉMICO ATÍPICO

Olga Capontes¹; Luís Filipe Couto²; Catarina Faustino³; Olga Araújo⁴

¹Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; ²ULS Alto Ave; ³Unidade Local de Saúde de São João; ⁴Hospital Clínic Barcelona

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune caracterizada por elevada heterogeneidade clínica podendo originar fenótipos clínicos complexos, exigindo diagnóstico diferencial amplo e abordagem terapêutica multimodal precoce.

Caso clínico: Mulher de 37 anos, natural das Filipinas, com diagnóstico recente de LES no contexto de febre, alopecia, polisserosite (derrame pleural e ascite); ANA 1/640, anti-Sm, anti-U1-RNP e anti-nucleossomas positivos, proteinúria não nefrótica (333mg/24h) e hipocomplementemia. Iniciou prednisolona 20 mg/dia e hidroxiclóricoquina.

Duas semanas depois, recorreu ao serviço de urgência (SU) por edema periorbitário sem edemas dos membros inferiores, dispneia para médios esforços e dor abdominal ligeira associada a diarreia subaguda. Analiticamente destacava-se VS 66 mm/h, hipoalbuminemia grave (1,9 g/dL), proteinúria não nefrótica (519 mg/24h), calprotectina elevada, anti-tTg IgA negativa, líquido ascítico com GASA <1,1 g/dL com ADA negativo. A colonoscopia revelou proctite e as biópsias do cólon e reto alterações inflamatórias inespecíficas. Foi colocada a hipótese de enteropatia perdedora de proteínas associada ao LES, estando o doseamento de alfa-1-antitripsina fecal pendente. Foi realizada biópsia renal que revelou nefrite lúpica classe III (índice de atividade 2/24 e cronicidade 1/12). Realizou pulsos de corticoterapia (CCT), seguido de desmame lento de CCT oral e iniciou ácido micofenólico com titulação até

720 mg 12/12h, com melhoria clínica.

Três semanas após a alta recorreu ao SU por dor torácica, dispneia para médios esforços, anasarca e isquemia digital no 3.º dedo da mão direita. Analiticamente elevação da troponina e anticorpos antifosfolípidos negativos. A RM cardíaca revelou miopericardite (edema septal e apical sem fibrose ou necrose). Repetiu pulsos de CCT e foi adicionado belimumab 640 mg EV mensal, com evolução clínica favorável.

Discussão: Este caso ilustra a natureza multissistêmica do LES. Destacava-se a presença de edema periorbitário sem edemas periféricos significativos, associado a derrame peritoneal. Embora a serosite seja frequente no LES, o derrame peritoneal como apresentação inicial é raro, sendo que as manifestações gastrointestinais são mais descritas em populações asiáticas.

PO 429

ARTRITE SÉPTICA INTERAPOFISÁRIA FULMINANTE ACELERADA POR CORTICOTERAPIA: CASO CLÍNICO

Daniela Cruz¹; Nuno Vaz Vieira²; Mariana Vaz Pinto³; Joana Cochicho¹; Pedro Manuel Oliveira¹

¹ULS Gaia/Espinho; ²Centro de Reabilitação do Norte (CRN); ³ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital São Pedro Vila Real

A artrite séptica das articulações interapofisárias é uma entidade rara, representando 1% de todas as artrites sépticas. A extensão ascendente com meningite e compromisso de pares cranianos constitui uma complicação excecional.

Mulher, 75 anos, antecedente de cirurgia lombar (L4–L5) 9 meses antes, recorre ao SU por lombalgia e ciatalgia direita com 4 dias de evolução, associada a febre e períodos de confusão. Dois dias após início das queixas realizou injeção de corticoide na região glútea, sem efeito. Analiticamente com leucocitose e PCR 12 mg/dL; HC positivas para MSSA. TC lombar sem coleções.

Ao 5.º dia de internamento desenvolveu ptose à direita, midríase e diplopia, sugerindo parésia do III par. Angio-TC excluiu causa vascular.

RMN lombar evidenciou edema e realce da articulação interapofisária direita L4–L5 com massa de partes moles, compatível com artrite séptica, associada a realce dural lombar. RMN cerebral demonstrou realce leptomeníngeo nas cisternas da base, sugerindo extensão ascendente do processo infeccioso e coleção subdural fronto-parietal direita com discreto efeito de massa. Punção lombar, após 15 dias de antibiótico: leucócitos 25, glicose 37 mg/dL, proteínas 231 mg/dL; exames microbiológicos negativos.

Realizou cefazolina por 45 dias com negativação das hemoculturas, melhoria clínica e regressão imagiológica das alterações.

Este caso evidencia uma complicação rara e fulminante da artrite séptica interapofisária, com disseminação intradural ascendente e envolvimento de pares cranianos. A infiltração de corticoide, provavelmente acelerou

a progressão da infeção, suprimindo a resposta imune e permitindo disseminação rápida e grave. Assim, alerta-se para o risco da corticoterapia injetável em infeções suspeitas e reforça a importância de elevada suspeição clínica perante lombalgia e febre em doente previamente submetida a cirurgia da coluna lombar, bem como o papel crucial da RMN no diagnóstico precoce e na monitorização terapêutica.

PO 430

HIPERTENSÃO MEDIADA POR ALDOSTERONA: ALERTA PARA AVALIAÇÃO HORMONAL ANTES DE ESPIRONOLACTONA

Rita Pontes; Catarina Ribeiro Henriques; Catarina Bogas Coelho; Lourenço Garcia; Joana Catarina Silva; Antônio Epifânio Mesquita

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A hipertensão arterial secundária mediada por aldosterona é uma causa potencialmente reversível de hipertensão resistente, frequentemente associada a hipocaliémia, hipernatrémia e alcalose metabólica. A deteção precoce é determinante para a correta abordagem diagnóstica e terapêutica, uma vez que a introdução de antagonistas dos recetores dos mineralocorticóides antes da avaliação hormonal pode alterar os níveis de renina e aldosterona, dificultando o diagnóstico e a identificação do mecanismo fisiopatológico subjacente.

Caso clínico: Homem de 68 anos, com síndrome metabólica, internado por insuficiência cardíaca congestiva associada a emergência hipertensiva (tensão arterial sistólica: 190–200 mmHg) e episódio de síncope. Eletrocardiograma à admissão com prolongamento do QT (574 ms) e onda T bifásica nas derivações pré-cordiais, particularmente V4–V6.

Analiticamente apresentava hipocaliémia (K⁺ 2,4 mmol/L), hipernatrémia (Na⁺ 154 mmol/L) e alcalose metabólica (pH 7,557, pCO₂ 48 mmHg, HCO₃⁻ 42,7 mmol/L). Foi administrado captopril 25 mg sublingual, furosemida endovenosa e iniciou reposição de K⁺.

Por valores tensionais persistentemente elevados, institui-se terapêutica com valsartan e espironolactona. Novo estudo analítico revelou agravamento da função renal (creatinina 1,7 mg/dL), tendo sido suspensos os antihipertensores e furosemida. Posteriormente foram realizados doseamentos de aldosterona que se encontrava ligeiramente elevada e de renina com valor próximo do limite inferior da normalidade.

Ecografia renal sem alterações; ecodoppler das artérias renais não realizado por dificuldade na colaboração do doente.

Teve alta medicado com amlodipina e espironolactona, continuando o estudo e seguimento em consulta de medicina interna.

Discussão: O presente caso reforça a necessidade de avaliação hormonal no estudo analítico inicial em doen-

tes com suspeita clínica de hipertensão arterial mediada por aldosterona, visto que frequentemente é necessário iniciar terapêutica com antagonista dos recetores dos mineralocorticóides para controlo tensional. A introdução destes fármacos pode alterar os doseamentos de renina e aldosterona, atrasando o diagnóstico.

PO 431

CEFALEIA – UM SINTOMA INESPECÍFICO QUE ESCONDE ALGO MAIS

Catarina Morete Cabrita¹; Ricardo Martins²;
Vanda Conceição²; Nuno Bernardino Vieira²

¹Hospital Distrital da Horta; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A cefaleia é um sintoma inespecífico, porém se persistente e refratária à terapêutica analgésica, mesmo na ausência de défices neurológicos focais, deve motivar investigação sobretudo quando associada a síndrome constitucional. Embora o adenocarcinoma (ADC) da próstata apresente comportamento metastático preferencial para o osso, o envolvimento craniano é pouco frequente.

Caso clínico: Homem de 62 anos recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia holocraniana persistente, de intensidade moderada a intensa, com 3 dias de evolução e agravamento progressivo, sem alívio após analgesia. Referia perda ponderal de 25Kg em 4 meses, dor pélvica com 1 mês de evolução e astenia. Sem outros sinais ou sintomas associados. Apresentava-se emagrecido, sarcopénico e ao toque retal com próstata pétrea. Analiticamente destacava-se fosfatase alcalina 421 U/L, VS 120 mm/h, PCR 27,1 mg/L e PSA total de 1321 ng/mL. Foi realizada Tomografia Computorizada (TC) crânio-encefálica que mostrou apenas heterogeneidade da densidade óssea da calote e base do crânio, com múltiplas áreas de esclerose. A TC toracoabdominopélvica evidenciou metastização óssea difusa, carcinomatose peritoneal e nódulos pulmonares inespecíficos. A cintigrafia óssea confirmou disseminação metastática óssea extensa de elevado metabolismo. A biópsia prostática demonstrou ADC acinar pouco diferenciado, bilateral, Gleason 9, com invasão perineural. Iniciou terapêutica de privação androgénica com bicalutamida e leuprorrelina, com melhoria do controlo algico após otimização terapêutica. O doente manteve seguimento em Oncologia e Cuidados Paliativos.

Discussão: O ADC da próstata metastiza preferencialmente para o esqueleto axial, sendo o envolvimento craniano menos frequente e potencialmente subvalorizado. As lesões escleróticas da calote craniana poderão justificar a sintomatologia dolorosa apresentada. Este caso sublinha a relevância da investigação etiológica da cefaleia persistente e da síndrome constitucional, permitindo a identificação e tratamento atempado de patologia de base.

PO 432

CONTROLO DA FREQUÊNCIA E DESCONTROLO HORMONAL: CASO DE TIROTOXICOSE INDUZIDA PELA AMIODARONA

Rita Pontes; Catarina Ribeiro Henriques;
Catarina Bogas Coelho; Lourenço Garcia;
Joana Catarina Silva; António Epifânio Mesquita

Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Introdução: A amiodarona é um antiarrítmico de classe III usado no tratamento de taquidisritmias. Está associada a efeitos adversos, incluindo disfunção tiroideia: hipotiroidismo ou tirotoxicose. A tirotoxicose induzida pela amiodarona (AIT) classifica-se em tipo 1, por aumento da síntese de hormonas tiroideias, e tipo 2, por libertação de hormonas pré-formadas devido à destruição das células foliculares pela citotoxicidade do fármaco. Casos com sobreposição ou apresentação atípica constituem um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 91 anos com diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidémia, tabagismo e cardiopatia isquémica, internado por insuficiência cardíaca aguda inaugural associada a fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida. Realizou estudo analítico com provas de função tiroideia que se encontravam dentro da normalidade. Foi instituída terapêutica de controlo da frequência com digoxina. Por controlo subótimo, iniciou amiodarona em perfusão. Um dia após o início da perfusão, apresentava analiticamente TSH diminuída (0.062 mUI/L) e T4 livre elevada (2.13 ng/dL). O caso foi discutido com Endocrinologia, assumindo-se AIT tipo I / mista. Suspendeu-se amiodarona e foi iniciada terapêutica com metimazol. Completou-se o estudo com pesquisa de anticorpos antitiroideos, tendo-se verificado positividade para anticorpos anti-peroxidase. Ecografia da tiróide sem alterações relevantes. O doente apresentou evolução favorável com normalização da função tiroideia tendo alta medicado com metimazol e referenciado para consulta externa de Endocrinologia.

Discussão: A diferenciação entre os dois tipos de AIT nem sempre é linear, podendo existir casos de sobreposição: formas mistas ou indeterminadas. Este caso evidencia o desafio diagnóstico e terapêutico e suscita interesse pela relação temporal atípica entre o início da terapêutica com amiodarona e o desenvolvimento das alterações tiroideias. Na literatura, a AIT tipo 1 tende a surgir cerca de 3 meses após o início do fármaco, enquanto a tipo 2 surge aproximadamente 30 meses depois.

PO 433

DA PROFILAXIA URINÁRIA À HEPATITE AGUDA: UM EFEITO ADVERSO POUCO FREQUENTE

Hugo Miguel Nunes; Natália Pires; Rafaela Lopes Freitas
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A lesão hepática induzida por fármacos (*drug-induced liver injury*, DILI) constitui uma das principais causas de lesão hepática aguda nos países

ocidentais. A nitrofurantoína, amplamente utilizada no tratamento e profilaxia das infecções do trato urinário, é uma causa rara, mas descrita de hepatotoxicidade. Pode manifestar-se com padrão hepatocelular, colestático ou misto, em contexto agudo ou crônico.

Caso clínico: Mulher de 43 anos, medicada com nitrofurantoína há cerca de dois meses para profilaxia de infecções urinárias de repetição, sem outros antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por dor epigástrica, náuseas e vômitos com um dia de evolução, a par de colúria com quatro dias de evolução. Analiticamente documentada lesão hepática aguda de padrão hepatocelular (rácio R 67,4), com elevação marcada das transaminases (> 38 vezes o limite superior da normalidade) e GGT > 3 vezes, sem critérios de falência hepática aguda. A tomografia computadorizada abdominal excluiu dilatação biliar, trombose da veia porta ou alterações estruturais significativas. A avaliação de causalidade pelo Roussel Uclaf Causality Assessment Method (RUCAM) foi de 8 pontos, compatível com DILI provável. Após exclusão de etiologias alternativas, assumiu-se DILI secundária à nitrofurantoína. O fármaco foi suspenso, mantendo-se vigilância clínica e analítica.

Discussão: A hepatotoxicidade associada à nitrofurantoína pode surgir semanas a meses após o início da terapêutica e mimetizar hepatite viral aguda, particularmente quando se apresenta com padrão hepatocelular. O diagnóstico é de exclusão e baseia-se na relação temporal com a exposição ao fármaco, no padrão analítico de lesão hepática e na aplicação de escalas de causalidade, como o RUCAM. A suspensão precoce do agente suspeito é determinante e associa-se, na maioria dos casos, a recuperação clínica e analítica, sendo rara a progressão para insuficiência hepática aguda. A reexposição ao fármaco deve ser evitada, dado o risco de recorrência potencialmente mais grave.

PO 434

LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA COMO APRESENTAÇÃO DE INFECÇÃO VIH INAUGURAL: CASO CLÍNICO

Francisco Simões; Diana Ferreira Lopes; Joana Milhazes Pinto; Inês Manuel Gonçalves; Ana Rita Silva; José Cruz Araújo
Hospital de Braga

Introdução: A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) é uma patologia desmielinizante oportunista do sistema nervoso central (SNC) causada pela reativação do vírus JC, ocorrendo tipicamente em doentes com imunodepressão celular grave. Embora rara, a LMP pode constituir a manifestação inaugural da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), representando um desafio diagnóstico e prognóstico.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 53 anos, previamente independente, com quadro subagudo (6 meses) de apatia, sonolência, défices visuais e auditivos

progressivos, inicialmente interpretado como síndrome depressiva. À admissão hospitalar apresentava-se sonolento, com cegueira cortical, hipoacusia e desvio oculocefálico para a esquerda. A Ressonância Magnética (RM) cerebral revelou lesões multifocais hiperintensas em T2/FLAIR na substância branca temporal, corpo caloso e tronco cerebral, sem efeito de massa ou captação de contraste. A investigação etiológica confirmou infecção por VIH-1 em estadió avançado (Linfócitos T CD4+ de 59/mm³) e presença de DNA do vírus JC no líquido cefalorraquidiano (LCR). Foram também identificadas sífilis latente e infecção nosocomial por SARS-CoV-2. Iniciou-se terapêutica antirretroviral (TARV) e profilaxias oportunistas. Apesar da redução da carga viral plasmática (de 471.000 para 293 cp/mL), a RM de controlo após 3 semanas mostrou progressão acentuada das lesões cerebrais. O quadro clínico deteriorou-se com crises convulsivas, espasticidade e insuficiência respiratória. O doente foi transferido para cuidados paliativos para controlo sintomático de fim de vida, vindo a falecer dois meses após a admissão.

Discussão: Este caso ilustra a LMP como manifestação de SIDA inaugural, destacando a importância do rastreio de imunodeficiências perante quadros neurológicos subagudos atípicos. Sublinha-se a natureza agressiva da patologia e a possibilidade de progressão clínica e radiológica apesar do início da TARV. A abordagem multidisciplinar e a integração precoce de cuidados paliativos foram fundamentais na gestão do sofrimento e suporte familiar perante um declínio neurológico irreversível.

PO 435

O GRANDE MIMETIZADOR: TUBERCULOSE DISSEMINADA SIMULANDO VASCULITE GRANULOMATOSA

Carolina Patarra Anjo; Jéssica Oliveira; Mariana Lima Lourenço; Joana Gomes Da Cunha; Ana Filipa Viegas; João Pedro Tavares
CHTV - Hospital São Teotónio EPE - Viseu

Introdução: A tuberculose disseminada apresenta manifestações atípicas que podem atrasar o diagnóstico e acarretar mortalidade mais elevada. A correlação clínica e histopatológica entre tuberculose e vasculites granulomatosas constitui um desafio diagnóstico, particularmente quando os marcadores serológicos são negativos.

Caso clínico: Homem, 79 anos, recorreu ao SU por quadro com 7 dias de febre, mialgias, polaquiúria e disúria ligeira. Do estudo inicial, destaca-se leucopenia e linfopenia, ligeira trombocitopenia, aumento de transaminases, PCR 10,76 mg/dL e sumária de urina tipo 2 normal. Admitido para estudo e iniciou antibióterápia empírica. Em D3 de internamento, apresentou expetoração hemoptóica e insuficiência respiratória de novo, com densificações em vidro despolido, pequenos nódulos pulmonares, adenopatias mediastínicas e abdo-

minais e discreto derrame pleural bilateral, pericárdico e peritoneal em TC. Realizado lavado broncoalveolar (LBA) com painel microbiológico negativo (inclusive para *Mycobacterium tuberculosis* – MT) e biópsia de nódulo pulmonar, tendo iniciado prednisolona 40mg/dia por agravamento da insuficiência respiratória. A biópsia revelou vasculite granulomatosa, BAAR negativo. Assumido o diagnóstico de vasculite ANCA-negativa e iniciou rituximab. Contudo, por agravamento do padrão de citocolestase, realizada biópsia hepática que revelou hepatite granulomatosa, com presença de BAAR. Repetiu o LBA, com detecção de MT, tendo iniciado esquema HRZE. Apesar do tratamento, o doente apresentou deterioração clínica progressiva e veio a falecer. Post mortem, confirmou-se presença de MT em hemoculturas e urina.

Conclusão: A tuberculose disseminada pode mimetizar vasculite granulomatosa, mesmo com pesquisa de MT negativa inicialmente. Este caso enfatiza a necessidade de elevado índice de suspeição, investigação microbiológica exaustiva de múltiplos órgãos e reavaliação diagnóstica perante evolução atípica, mesmo após início de terapêutica imunossupressora.

PO 436

DOR ABDOMINAL E EOSINOFILIA: UM PERCURSO DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Ana Sofia Rodrigues

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O adenocarcinoma gástrico é a quinta neoplasia mais frequente e a terceira causa de morte oncológica mundial. A sua apresentação insidiosa condiciona diagnósticos tardios em estádios avançados. A eosinofilia paraneoplásica, embora rara, exige diagnóstico diferencial alargado.

Caso clínico: Homem de 50 anos, ECOG 0, com dislipidemia, excesso de peso e consumo etílico relevante, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, enfartamento pós-prandial e dispneia de esforço. De relevante apresentava hipereosinofilia (máx. 5600/ μ L) e a TC abdominal revelou hepatomegalia com lesões nodulares sugestivas de metastização. O estudo etiológico excluiu causa infecciosa, alérgica, farmacológica e hematológica para a hipereosinofilia. A biópsia hepática sugeriu inicialmente metástase de carcinoma urotelial, mas estudos complementares, incluindo citologia urinária negativa e endoscopia digestiva alta, identificaram lesão gástrica ulcerada com biópsia compatível com adenocarcinoma gástrico difuso. O estadiamento confirmou metastização hepática e adenopatias múltiplas. Durante o internamento surgiu colestase com hiperbilirrubinemia. Dada apresentação clínica em estadio IV, pedido apoio de cuidados paliativos ainda no internamento. Duas semanas após a biópsia, evolução com falência hepática com deterioração clínica rápida, culminando no falecimento do doente.

Discussão: A hipereosinofilia pode apresentar-se com, ou mesmo mascarar uma neoplasia gástrica, pelo que uma abordagem etiológica sistémica célere é importante para otimizar um potencial tratamento, havendo registos de resolução da mesma após excisão tumoral. Há casos reportados de que a presença de eosinofilia tecidual é um fator de bom prognóstico, o que deve ser um motivador para diagnóstico atempado; no entanto a apresentação do doente, já em estadio IV com rápida evolução para falência hepática, impediu tratamento adicional.

PO 437

PERDA PONDERAL NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: UMA CAUSA MECÂNICA INESPERADA

Yu Wang; Ana Sofia S Soares; António Malcata; Liliia Savka; Ana Maria Baltazar; Nuno Reis Carreira

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A insuficiência tricúspide associada a eletrocáteter de pacemaker (PMK) é uma causa reconhecida de insuficiência cardíaca (IC) direita, mas frequentemente subdiagnosticada. A interferência mecânica do eletrocáteter com o aparelho valvular pode provocar regurgitação significativa e contribuir para sintomas congestivos e deterioração funcional.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, portadora de próteses mecânicas aórtica e mitral por cardiopatia valvular e de PMK por bradifibrilhação auricular permanente, é internada por dispneia para pequenos esforços e perda ponderal de 10 kg no último ano. Sem sintomas, alterações laboratoriais ou imagiológicas sugestivas de infeção ou doença oncológica, apenas com evidência de doença hepática crónica (provavelmente congestiva) em TC toraco-abdomino-pélvica. Assumiu-se provável progressão de IC. O ecocardiograma confirmou regurgitação tricúspide massiva por interferência do eletrocáteter, sinais de sobrecarga de volume das cavidades direitas e probabilidade elevada para hipertensão pulmonar. Após substituição do PMK por sistema leadless e otimização da terapêutica modificadora de prognóstico da IC, observou-se melhoria clínica.

Discussão: Perante agravamento de IC sem desencadeante evidente, a estratificação imagiológica tem um importante papel. A associação de dilatação das cavidades direitas, hipertensão pulmonar, hepatopatia congestiva e síndrome consumptivo deve levantar a suspeita de insuficiência tricúspide significativa. Nestes casos, o ecocardiograma é fundamental para confirmação diagnóstica e identificação da causa. Este caso relembra a importância de integrar os diferentes achados clínicos na prática da Medicina Interna e de considerar causas menos comuns de descompensação de IC, possibilitando intervenções adequadas com impacto na evolução clínica.

PO 438

DOR ABDOMINAL E EOSINOFILIA: UM PERCURSO DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Ana Sofia Rodrigues; Rute Sousa Martins; Maria Flores Amaro
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O adenocarcinoma gástrico é a quinta neoplasia mais frequente e a terceira causa de morte oncológica mundial. A sua apresentação insidiosa condiciona diagnósticos tardios em estadios avançados. A eosinofilia paraneoplásica, embora rara, exige diagnóstico diferencial alargado.

Caso clínico: Homem de 50 anos, ECOG 0, com dislipidemia, excesso de peso e consumo etílico relevante, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal, enfartamento pós-prandial e dispneia de esforço. De relevante apresentava hipereosinofilia (máx. 5600/ μ L) e a TC abdominal revelou hepatomegalia com lesões nodulares sugestivas de metastização. O estudo etiológico excluiu causa infecciosa, alérgica, farmacológica e hematológica para a hipereosinofilia. A biópsia hepática sugeriu inicialmente metástase de carcinoma urotelial, mas estudos complementares, incluindo citologia urinária negativa e endoscopia digestiva alta, identificaram lesão gástrica ulcerada com biópsia compatível com adenocarcinoma gástrico difuso. O estadiamento confirmou metastização hepática e adenopatias múltiplas. Durante o internamento surgiu colestase com hiperbilirrubinemia. Dada apresentação clínica em estadio IV, pedido apoio de cuidados paliativos ainda no internamento. Duas semanas após a biópsia, evolução com falência hepática com deterioração clínica rápida, culminando no falecimento do doente.

Discussão: A hipereosinofilia pode apresentar-se com, ou mesmo mascarar uma neoplasia gástrica, pelo que uma abordagem etiológica sistémica célere é importante para otimizar um potencial tratamento, havendo registos de resolução da mesma após excisão tumoral. Há casos reportados de que a presença de eosinofilia tecidual é um fator de bom prognóstico, o que deve ser um motivador para diagnóstico atempado; no entanto a apresentação do doente, já em estadio IV com rápida evolução para falência hepática, impediu tratamento adicional.

PO 439

CEFALEIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA PULMONAR METASTÁTICA

Joana Ferreira Fernandes; Leonor Ferreira; Ecaterina Ciobanu; Agnieszka Czajkowska; Claudia Mihon; Mariana Popovici
Centro Hospitalar de Lisboa Central / Hospital Curry Cabral

Introdução: As cefaleias são uma causa frequente de ida ao serviço de urgência (SU), e podem ser primárias ou secundárias. A maioria é de etiologia benigna, mas é importante ter em atenção os sinais de alarme que podem levar a suspeitar de outras causas. A metastização meníngea é uma etiologia rara, mas possível,

não devendo ser esquecida aquando do diagnóstico diferencial, tal como é evidente no caso clínico que apresentamos.

Caso clínico: Homem de 55 anos, melanodérmico, natural de Angola, com história conhecida de asma. Foi encaminhado de consulta ao SU por cefaleia bi-temporal diária, pulsátil, de intensidade 10/10, associada a despertar noturno, foto, fono, e cinesiofobia, que agravava com o esforço, decúbito, manobra de valsalva, e aliviava parcialmente com ibuprofeno, com 1 mês de evolução. Sem outros sintomas acompanhantes. Dos exames complementares realizados no SU, sem alterações analíticas relevantes e TC CE com relatório: “Ausência de imagem sugestiva de lesão expansiva, edematosa ou hemorrágica.”. O caso foi discutido com Neurologia, que ao rever as imagens da TC, notou numa imagem nodular hiperdensa pulmonar, junto à crossa da aorta. Neste contexto realizou AngioTC de tórax que revelou: “Lesão paramediastínica nodular no segmento anterior do lobo pulmonar superior esquerdo.” Realizou ainda punção lombar com resultado compatível com carcinomatose meníngea. Foi posteriormente confirmado através de RMN CE, PET TC e EBUS o diagnóstico de neoplasia pulmonar com metastização meníngea, tendo iniciado radioterapia.

Discussão: Este caso realça a importância da valorização dos sinais de alarme na distinção entre uma cefaleia primária e secundária, lembrando que uma TC CE inicial sem alterações não exclui totalmente a presença de alterações estruturais, podendo outros exames como a RMN CE e a Punção lombar ser determinantes para o diagnóstico, tendo em mente que embora raro, a cefaleia pode ser a manifestação inicial de metastização do SNC.

PO 440

SÍNDROME DE SWEET, UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

Catarina Coelho Faria; André Pereira; Isabel Bessa; Flávia Santos; Carlos Fernandes; Glória Alves
ULS Alto Ave

Introdução: A Síndrome de Sweet é uma dermatose neutrofílica febril aguda rara, cuja etiologia pode ser idiopática, associada a doenças malignas ou induzida por fármacos. O diagnóstico precoce, fundamentado em achados clínicos e laboratoriais, é essencial para uma correta orientação e um melhor prognóstico.

Caso clínico: Homem de 61 anos, ex-fumador, sem outros antecedentes pessoais de relevo. Duas semanas antes da admissão, com astenia e mialgias. Posteriormente, com três dias de evolução, quadro de poliartralgias simétricas, dispneia, febre (temperatura máxima de 39.5 °C) e lesões papulo-nodulares eritematosas e pruriginosas, algumas com centro violáceo ou ulceração central, localizadas na região dorsal, torácica e membros superiores. Face a agravamento

progressivo, recorreu ao Serviço de Urgência. Analiticamente, com elevação de proteína C reativa, transaminases e velocidade de sedimentação, sem leucocitose. Radiografia torácica e tomografia computadorizada toracoabdominopélvica sem alterações. Internado sob tratamento sintomático.

A biópsia cutânea revelou infiltrado inflamatório rico em neutrófilos, com edema da derme papilar e destacamento da epiderme suprajacente, sem sinais de vasculite ou displasia, compatível com Síndrome de Sweet. Foi iniciada empiricamente corticoterapia sistémica (prednisolona) e tópica (betametasona), com melhoria clínica e analítica, mantendo apirexia sustentada. Foram excluídas doenças infecciosas, inflamatórias, autoimunes e neoplásicas. Assumida etiologia idiopática. Teve alta orientado para consulta de Medicina Interna, sob corticoterapia em desmame, constata-se evolução favorável das lesões cutâneas.

Discussão: É importante salientar que a biópsia precoce, associada à ausência de vasculite, é fundamental no diagnóstico diferencial. A Síndrome de Sweet pode surgir após resolução de processo infeccioso ou preceder doenças neoplásicas, reforçando a necessidade de seguimento clínico a longo prazo.

PO 441

QUANDO O PSA NÃO CONTA A HISTÓRIA TODA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Costa Pereira; Beatriz Sá Pereira; Maria Leonor Neves; Isabel Santos Jorge; Carolina Rodrigues; Carlota Mello; Zsófia Santos; Fernando Aldomiro

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: O adenocarcinoma da próstata é o tipo mais comum de cancro da próstata (mais de 95% dos casos). Na maioria dos casos é diagnosticado em fase localizada e assintomática. A metastatização óssea no momento do diagnóstico costuma ser rara. Os níveis de PSA estão habitualmente elevados, sendo que o intervalo de referência varia consoante a idade.

Caso clínico: Homem, 71 anos, português, autónomo, com história pessoal de hiperplasia benigna da próstata, hipertensão arterial essencial, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono, ex-fumador há 35 anos, com carga tabágica de 40 unidades de maço ano (UMA). Referenciado a consulta de Medicina Interna por quadro de poliartralgias com rigidez matinal associada e de predomínio lombar com 3 meses de evolução. Analiticamente com velocidade de sedimentação 75 mm/h, anticorpos antinucleares citoplasmáticos 1/640 com estudo de autoimunidade complementar negativo. Tomografia computadorizada (TC) do corpo com lesão osteoblástica destrutiva da 4ª costela esquerda, focos osteoblásticos dispersos em várias costelas e ossos ilíacos sugestivos de secundarização. Uro-TC com próstata de dimensões aumentadas e heterogénea. PSA total 5.36 ng/dl e PSA livre/total 0.15. Biópsia

óssea do 4º arco costal guiada por TC. Resultado histológico compatível com metástase óssea com padrão cribriforme consistente com origem prostática. Assim, realizada biópsia prostática com resultado histológico de adenocarcinoma da próstata tipo acinar, score de Gleason 8. Diagnóstico de adenocarcinoma da próstata com metastatização óssea.

Discussão: Geralmente o adenocarcinoma da próstata, conforme referido acima, cursa com valores de PSA elevados. PSA normal ou ligeiramente aumentado, principalmente em fases mais avançadas de doença, são habitualmente raros (<1%), estando associados a uma forma mais agressiva de cancro, na qual os tumores perdem a capacidade de produzir PSA. Este é um desses casos e a sua apresentação foi bastante atípica. As poliartralgias foram um factor confundidor para o diagnóstico, sendo que as queixas álgicas estavam associadas a dor óssea no contexto da metastatização. Verificou-se resolução completa das queixas álgicas com corticoterapia sistémica e o doente foi encaminhado para a consulta de Oncologia e Urologia.

PO 442

HIPONATRÉMIA NO JOVEM, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Miguel Simões Rodrigues; Patrícia Ramos Santos; Ana Glória Fonseca; Maria Francisca Delerue

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

A hiponatremia é um dos distúrbios hidroeletrólíticos mais prevalentes no serviço de urgência (SU) e nas enfermarias de Medicina Interna (MI) e o seu diagnóstico etiológico continua a ser um desafio, sendo a etiologia mais comum em hiponatremia hipotónica a síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH). Mulher de 22 anos, com rinossinusite crónica, pai com cancro colorrectal, sem alergias ou hábitos, estagiária de treinadora de natação. Admitida no SU por quadro de náuseas e tonturas com noção de lentificação psicomotora. História de ter trabalhado 5 dias antes da admissão hospitalar como árbitra a bordo de um catamarã numa prova de caiaque com duração de 3 dias. Negava exercício físico intenso, aumento da ingestão hídrica ou exposição solar aumentada. Analiticamente à admissão com hiponatremia de 119 com osmolaridade sérica reduzida e urinária aumentada. Do estudo inicial ACTH, renina, cortisol, aldosterona e função tiroidea normais, salientando-se ácido úrico de 2 mg/dL. Assumido SIADH e iniciou restrição hídrica. Por ausência de melhoria analítica avaliada por Nefrologia que optou por iniciar fluidoterapia pela história prévia à admissão com inicial melhoria da natremia, mas novo reagravamento pelo que foi colocada de lado a hipótese de hiponatremia hipovolémica e reforçada a hipótese de SIADH. Dada o historial familiar foi excluída etiologia paraneoplásica (PET sem lesões), tendo a RM-encefálica evidenciado polipose inflamatória

nasal versus papiloma invertido. Sob restrição hídrica sem melhoria dos valores de natremia pelo que iniciou suplementação com ureia com posterior normalização da natremia e resolução dos sintomas à admissão. Assumiu-se o diagnóstico final de SIADH idiopático. Teve alta encaminhada para consulta de MI e Otorrinolaringologia onde mantém seguimento, estando a estudar as alterações imagiológicas e a aguardar RM de reavaliação para ponderar biópsia.

Os autores salientam este caso pela complexidade da marcha diagnóstica e da dificuldade do diagnóstico etiológico da hiponatremia, principalmente em doentes mais complexos e principalmente na hiponatremia hipotónica, sendo o SADH um diagnóstico de exclusão, principalmente o idiopático. Salientam ainda a importância da adequada abordagem em SU para não enviesar a marcha diagnóstica, atrasando o diagnóstico.

PO 443

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDÁRIO A ADENOCARCINOMA DO PÂNCREAS E UROSSÉPSIS

André Carmo; Simão Gaspar; Fabiana Pimentel; Sara Leitão; Arsénio Santos

ULS Coimbra

Introdução: A síndrome hemofagocítica (SHF) é uma patologia rara caracterizada por ativação excessiva e desregulada do sistema imune, culminando com disfunção multiorgânica e morte. Pode ser classificada como primária/familiar ou secundária quando ocorre em resposta a patologias inflamatórias. O diagnóstico baseia-se em critérios definidos pela Histiocyte Society (HScore), que determinam a probabilidade de SHF através de 9 critérios. O tratamento é complexo, baseando-se na imunossupressão e tratamento da causa subjacente.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 65 anos, apresentava astenia, anorexia, dor lombar e perda ponderal de 18% com 3 meses de evolução. Referiu febre, polaquúria e cheiro fétido da urina com início há 3 dias. Analiticamente apresentava elevação marcada de parâmetros inflamatórios, hiperferritinémia >24000 ng/mL, anemia, pancitopenia, hipertrigliceridémia e elevação da enzimologia hepática. Iniciou empiricamente piperacilina+tazobactam, tendo sido isolada *E. coli* na urocultura e hemoculturas. A TC toraco-abdomino-pélvica identificou massa no corpo do pâncreas, metastização óssea e pulmonar difusa, múltiplas adenopatias e hepatomegalia sem esplenomegalia. Por forte suspeita de SHF (HScore 213 pontos - 93 a 96% probabilidade), iniciou dexametasona 10 mg/m²/dia. O aspirado de medula óssea detetou fenómenos de hemofagocitose e células de metástase. A doente manteve agravamento clínico significativo apesar da terapêutica, tendo falecido no 16º dia de internamento. **Conclusão:** Este caso ilustra uma SHF secundária a neoplasia pancreática metastizada, uma forma parti-

cularmente grave de hiperinflamação com prognóstico extremamente reservado. A SHF associada a malignidade representa cerca de metade dos casos de SHF em adultos e está associada a sobrevida inferior a 30% aos 2 anos, mesmo com tratamento adequado. O diagnóstico precoce é fundamental mas desafiador, exigindo elevado índice de suspeição clínica em doentes com quadro séptico que não respondem adequadamente à antibioterapia empírica

PO 444

AGRAVAMENTO RENAL APÓS INFECÇÃO: O PAPEL DA NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA

Inês Marques¹; Mafalda Teixeira De Sousa²; Joana Andrade Lopes²; Sara Marques Silva¹; Carla Madureira Pinto¹; Pedro Lisboa Gonçalves²

¹ULS Médio Ave; ²ULS São João

Introdução: O diagnóstico diferencial das doenças glomerulares é amplo. A glomerulonefrite associada à infeção é rara em adultos, correspondendo a menos de 1% das biópsias renais, estando geralmente relacionada à infeção por *Staphylococcus aureus*. A nefrite intersticial aguda (NIA), frequentemente associada ao uso de antibióticos, é uma causa subdiagnosticada de LRA, representando até 10% dos doentes com Lesão Renal Aguda (LRA) intrahospitalar.

Caso clínico: Sexo masculino, 71 anos, sem antecedentes de relevo, internado por doença estafilocócica invasiva, com isolamento de *Staphylococcus Aureus* sensível à meticilina (MSSA). Submetido a múltiplos ciclos de antibioterapia, incluindo betalactâmicos, daptomicina e ciprofloxacina, com resolução da bacteremia. Desenvolve LRA não oligúrica, com valor máximo de creatinina 3,9 mg/dL (basal de 1,0 mg/dL, para um Valor de Referência [VR] 0,7-1,3 mg/dL), associada a eosinofilia periférica de 720/mm³ (VR: 0-500 células/mm³) e eritrocitúria de 9279,1/μL (VR: <25 eritrócitos/μL), sem outra manifestação extrarenal. A biópsia renal mostrou glomerulonefrite IgA dominante com crescentes celulares e depósitos mesangiais e membranares de IgA 2+ e C3 2+, compatível com glomerulonefrite IgA dominante associada à infeção. Concomitantemente era visível nefrite túbulo-intersticial moderada com presença de eosinófilos e plasmócitos disperso pelo parênquima, traduzindo NIA alérgica. Dado controlo da infeção com antibioterapia, iniciou tratamento com prednisolona 1 mg/kg/dia, com melhoria gradual da função renal, tendo alta sob esquema de desmame. Após duas semanas, apresentava creatinina de 1,94 mg/dL.

Conclusão: A NIA é uma entidade subdiagnosticada em ambiente intrahospitalar. Em doentes com evolução díspar entre o controlo da infeção e da função renal, etiologias alternativas devem ser procuradas. A biópsia renal é fundamental para o diagnóstico e orientação terapêutica e não deve ser protelada. Mesmo perante

infecções graves, a corticoterapia deve ser considerada, sobretudo em situações ameaçadoras de órgão, dado o impacto no prognóstico global do doente.

PO 445

QUANDO ELA NÃO É O QUE PARECE

Rafael Beja Cruz; Mário Ferreira; Ana Rita Tomás;
Jéssica Oliveira; Luísa Martinho Marques;
Ana Sofia Nepomuceno

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A insuficiência respiratória global (IRG) caracteriza-se por hipoxémia com hipercapnia. Frequentemente associada a doença pulmonar obstrutiva, o seu diagnóstico etiológico diferencial inclui síndromes extra-pulmonares associados a hipoventilação ou restrição. Apresentamos um caso em que a revisão clínica permitiu desrotular um diagnóstico, estabelecendo um novo com diferente impacto prognóstico.

Caso clínico: Mulher, 78 anos, com história de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada, hipertensão pulmonar do grupo 3 e IRG crónica em associação com síndrome de apneia obstrutiva do sono, obesidade-hipoventilação e cifoescoliose, sob ventilação não invasiva (VNI) noturna. Recorreu à Urgência por dispneia e cansaço progressivos. À admissão encontrava-se polipneica, com saturação periférica de oxigénio 83% em ar ambiente e murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases. A gasimetria arterial revelou acidémia respiratória, destacando-se analiticamente NT-proBNP 2796pg/mL. Admitido diagnóstico de IC descompensada, foi instituída terapêutica diurética. A persistência de IRG e dependência de VNI contínuo, apesar da otimização terapêutica e não sendo totalmente explicada pelos antecedentes, motivou reavaliação etiológica. O exame neurológico revelou sinais de compromisso do 1º e 2º neurónios motores. A eletromiografia demonstrou lesão do 2º neurónio motor e a positividade dos neurofilamentos séricos estabeleceu o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Iniciou tratamento com riluzol, sendo possível a alta hospitalar após autonomização da doente e família relativamente à VNI, numa abordagem rara e verdadeiramente multidisciplinar.

Discussão: Este caso sublinha a importância de reequacionar causas menos frequentes de IRG, sobretudo quando não existe um diagnóstico etiológico plenamente esclarecido ou perante apresentação clínica atípica. A ELA pode manifestar-se neste contexto por fraqueza progressiva dos músculos respiratórios, culminando em IRG. A apresentação clínica pode frequentemente mimetizar a de outras etiologias mais frequentes atrasando o diagnóstico. As respostas extra-hospitalares para estes doentes são ainda insuficientes, sendo determinante o acompanhamento e perspetiva multidisciplinar de equipas dedicadas.

PO 446

PARA ALÉM DO PULMÃO: A FACE MULTISSISTÉMICA DA SARCOIDOSE

Sara Patrícia Marques Silva; Inês Rafael Marques;
Sofia Festa; Andreia Coutinho; Liliana Oliveira; Pedro Neves
Centro Hospitalar do Médio Ave

A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica caracterizada pela formação de granulomas não caseosos em múltiplos órgãos, sendo o pulmão o mais frequentemente afetado.

Mulher de 43 anos, com antecedentes de distímia, em seguimento na Consulta de Medicina por quadro de dor epigástrica intensa persistente com impacto laboral e na qualidade de vida associada a síndrome constitucional. Fez estudo de doença cardíaca isquémica, sem evidência de doença coronária. Realizou endoscopia digestiva alta com gastrite a *H. pylori* positiva para a qual iniciou erradicação, sem melhoria. Analiticamente, leucopenia ligeira (3800/ μ L) associada a linfopenia, esfregaço de sangue periférico sem alterações morfológicas. A ecografia abdominal demonstrou hepatoesplenomegalia e a TC abdominopélvica confirmou esplenomegalia heterogénea e presença de adenopatias lomboaórticas. O TC tórax apresentou adenopatias bilaterais simétricas e padrão reticulonodular. Fez estudo de causas infecciosas que veio negativo. Imunofenotipagem de sangue periférico sem evidência de doença linfoproliferativa. Estudo imunológico normal. Sem hipercalcemia ou hipercalcúria.

Por suspeita de sarcoidose pulmonar e esplénica, realizada broncofibroscopia com biópsia transbrônquica, cuja histologia revelou granulomas epitelioides não caseosos confluentes e o lavado broncoalveolar evidenciou linfocitose com relação CD4/CD8 aumentada (2,3), achado compatível com doença granulomatosa do tipo sarcoidose, confirmando-se o diagnóstico.

Iniciou corticoterapia e está em seguimento multidisciplinar por Medicina Interna e Pneumologia, aguardando avaliação em Oftalmologia para estadiamento e avaliação de envolvimento multissistémico.

Este caso destaca-se pela apresentação clínica atípica de sarcoidose levando à exclusão de vários diagnósticos diferenciais. A investigação sistemática e a confirmação histológica permitiram estabelecer o diagnóstico, sendo importante uma abordagem multidisciplinar para o seu adequado estadiamento e seguimento.

PO 447

QUANDO A TRANSIÇÃO TERAPÊUTICA FALHA: APLASIA MEDULAR FATAL POR METOTREXATO

Mariana Macedo Cardoso; Ana Nunes; Carolina Anjo;
Inês Fernandes; Mariana Lima Lourenço; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Introdução: O Metotrexato é um fármaco amplamente utilizado na abordagem das doenças reumáticas, cuja administração semanal requer compreensão adequa-

da por parte do doente. A transição entre formulações ou vias de administração constitui um momento particularmente vulnerável para erro terapêutico, sobretudo em doentes idosos e polimedicados. Entre as complicações mais graves destaca-se a aplasia medular. Este caso clínico evidencia a importância crítica da comunicação entre médico e doente na prevenção de eventos adversos potencialmente evitáveis.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 86 anos, com antecedentes de artrite reumatoide medicada com lepicortinolo 5 mg/dia, ácido fólico 5 mg/semana e metotrexato subcutâneo 20 mg/semana desde há 7 meses. Previamente sob metotrexato 17,5mg oral com indicação para suspensão deste último por manutenção de atividade da doença.

Recorreu ao Serviço de Urgência por deteção de hemorragia vaginal. Ao exame Objetivo, evidência de hipotensão, mucosas descoradas e sinais de mucosite grave, com gengivorragia, hemorragia vaginal e dor abdominal difusa à palpação.

Analiticamente verificou-se pancitopenia grave (neutrófilos $0.1 \times 10^9/L$, hemoglobina 8 g/dL e plaquetas $16 \times 10^9/L$) e aumento dos parâmetros inflamatórios. Dada a instabilidade clínica que inviabilizava a realização de exames de imagem, assumiu-se hipótese de aplasia medular induzida por metotrexato, com discrasia hemorrágica e neutropenia grave com mucosite e colite neutropénica. Instituiu-se antibioterapia de largo espectro com piperacilina-tazobactam e vancomicina, bem como terapêutica de suporte com fluidoterapia, concentrado de complexo protrombínico (1500 U), pool de plaquetas, filgrastim, ácido aminocapróico e ácido fólico.

Após esclarecimento com os familiares, confirmou-se sobredosagem accidental por manutenção concomitante da formulação oral após início da terapêutica subcutânea.

Evolução desfavorável, apesar das medidas instituídas, culminando no óbito da doente.

Discussão: Este caso reforça a necessidade de monitorização laboratorial e vigilância clínica regulares em populações vulneráveis. Destaca que uma comunicação clara entre médico e doente e educação terapêutica adequada, são essenciais na prevenção de eventos adversos graves e potencialmente evitáveis.

PO 448

FORAMEN OVALE PATENTE COMO CAUSA DE AVC

Rafael Terêncio; Mariana Sá; Tatiana Soares Correia; Francisca Abecasis

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

A presença de shunt direito-esquerdo, como acontece na presença de um foramen ovale patente (FOP), é uma causa frequente de tromboembolismo paradoxal e uma etiologia não desprezível de acidentes vasculares cerebrais (AVC).

Descrevemos o caso de um homem de 66 anos, com antecedentes de diabetes mellitus e dislipidemia, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro súbito de diminuição da força muscular no membro superior esquerdo e hipostesia da hemiface esquerda. Realizou TC crânio-encefálica, sem alterações agudas, mantendo défices focais, pelo que se assumiu AVC sem tradução imagiológica e iniciou dupla antiagregação. À avaliação por ressonância magnética (RM), foi detetada uma lesão isquémica cortical e subcortical parietal pós-central à direita, com componente hemorrágico, pelo que se optou por alterar terapêutica para antiagregação simples. Foram também objetivados múltiplos focos isquémicos agudos bilaterais, sugestivos de etiologia embólica. Foi realizado um ecocardiograma transesofágico, que identificou foramen ovale patente e ateromatose complexa da aorta torácica. O ecoDoppler transcraniano com pesquisa de *microembolic signals* confirmou a presença de pequeno shunt direito-esquerdo. Posteriormente foi realizada cintigrafia de ventilação perfusão, que revelou tromboembolismo pulmonar (TEP) com compromisso de cerca de 6% da perfusão. Após revisão do caso em consulta multidisciplinar, atendendo às pequenas dimensões do shunt e da presença de ateromatose complexa da aorta, optou-se por não encerrar o FOP e realização de anticoagulação em dose terapêutica. Não se verificaram novos défices neurológicos ou eventos trombóticos após início de terapêutica anticoagulante.

Este caso demonstra a importância da pesquisa ativa de anomalias anatómicas cardíacas em doentes que se apresentem com alterações imagiológicas sugestivas de embolização, nomeadamente a presença de múltiplos focos isquémicos agudos bilaterais e TEP concomitante, que levantam a suspeita de embolismo paradoxal.

PO 449

ENTRE TELANGIECTASIAS E HEMORRAGIAS: SÍNDROME DE OSLER-WEBER-RENDU

Catarina Coelho Faria; João Mário Silva; Isabel Bessa; Flávia Santos; Carlos Fernandes; Glória Alves
ULS Alto Ave

Introdução: A Síndrome de Osler-Weber-Rendu (SOWR) ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária é uma displasia fibrovascular de transmissão autossômica dominante. As manifestações mais comuns são epistaxis recorrentes, telangiectasias na face, mãos e cavidade oral e malformações arteriovenosas (MAV) viscerais. O tratamento inclui abordagens sintomáticas e, em casos selecionados, terapêuticas sistémicas.

Caso clínico: Homem de 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento progressivo da astenia, cefaleia holocraneana, tonturas e hemorragias abundantes de lesão da língua. Referia epistaxis frequentes há 10 anos. História de filha com lesão idên-

tica. Analiticamente, com anemia ferropénica (Hb 6g/dL). Foi transfundido e internado para estudo etiológico e tratamento.

Foi observado por Otorrinolaringologia, que Observou múltiplas telangiectasias na língua, pavilhão auricular, região malar, septo nasal e fossas de Rosenmuller. Endoscopias do trato digestivo revelaram gastropatia atrofica e angiectasias gástricas, requerendo fulguração com árgon-plasma. Tomografia computadorizada cranioencefálica sem MAV ou outras alterações. Ecocardiograma transtorácico com insuficiência aórtica discreta. Dada a presença de telangiectasias mucocutâneas, epistaxis recorrentes e envolvimento visceral, considerado provável diagnóstico de SOWR, segundo os critérios de Curação. Estudo genético em curso. Durante o internamento, manteve hemorragias de pequeno volume, com estabilidade hemodinâmica e do hematócrito após transfusão e ferro intravenoso. Teve alta orientado para consultas de Gastroenterologia e Otorrinolaringologia.

Discussão: A SOWR é subdiagnosticada pela apresentação clínica variável e evolução insidiosa, sendo a história pessoal e familiar determinantes para o diagnóstico precoce. O acompanhamento multidisciplinar é essencial para prevenir complicações hemorrágicas e vasculares, devendo as MAV ser rastreadas precocemente.

PO 450

SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICA OCULTA

Luísa Veiga De Sousa; Nidia Pereira

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A Síndrome de Cushing ectópica é uma entidade rara, dependente da secreção da hormona adrenocorticotrófica (ACTH). A maioria dos casos descritos é causada por tumores neuroendócrinos.

Caso clínico: Sexo masculino, 78 anos, quadro com 2 meses de evolução de fraqueza muscular de predomínio proximal e perda progressiva de autonomia. Análises iniciais com hipocalcemia de difícil correção, tendo o restante estudo permitido o diagnóstico de Síndrome de Cushing ACTH-dependente, confirmado por ACTH elevada (177.80 pg/mL) e hipercortisolismo (cortisol sérico 39.1 mcg/dL e cortisol urinário 2516.00 mcg/24h). A ressonância magnética cerebral identificou uma lesão na adenohipófise esquerda, 5x6 mm, sugestiva de microadenoma mas o cateterismo de seios petrosos (CSP) com estimulação com hormona libertadora de corticotrofina não demonstrou gradiente central-periférico, sugerindo fonte ectópica de produção de ACTH. O restante estudo etiológico incluiu tomografia toraco-abdomino-pélvica e tomografia por emissão de positrões de corpo inteiro com 68Ga-DOTA-TOC, ambos sem evidência de lesões neoplásicas. Foi instituída terapêutica com espirolactona e metirapona com melhoria sintomática e foi orientado para consulta de Endocrinologia para vigilância.

Discussão: Apesar da identificação de um microadenoma hipofisário, a ausência de gradiente central-periférico no CPS apontou para uma fonte ectópica de ACTH, representando esta lesão um provável incidentaloma. A restante investigação etiológica não permitiu identificar a fonte de produção de ACTH, podendo essa impossibilidade estar relacionada com um tumor neuroendócrino pequeno e de evolução indolente, demonstrando este caso a complexidade diagnóstica da Síndrome de Cushing ectópica. Apesar de não se localizar o tumor primário, definiu-se como principal Objetivo o controlo do hipercortisolismo de modo a melhorar a qualidade de vida do doente.

PO 451

NEUROSSÍFILIS COMO CAUSA REVERSÍVEL DE DETERIORAÇÃO COGNITIVA NO IDOSO

Sofia Brasil; João Rocha Gonçalves; José Seabra de Brito;

Joana Alves Afonso; Joana Rocha Sobral;

Rita Castanheira Rodrigues; Ana Bárbara Costa; Joana Salsa

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A neurosífilis permanece um desafio diagnóstico devido à sua apresentação clínica heterogénea. Em fases tardias pode manifestar-se predominantemente por alterações cognitivas e comportamentais, mimetizando quadros demenciais ou *delirium* no idoso, o que pode atrasar o diagnóstico desta condição potencialmente reversível.

Caso clínico: Mulher de 78 anos, com antecedentes de dislipidemia e tabagismo, internada por alteração do estado de consciência com *delirium* hiperativo no contexto de infeção urinária por *Escherichia coli*. A TC crânio-encefálica não revelou lesões agudas, evidenciando apenas leucoaraiose difusa e alterações microangiopáticas. Apesar de terapêutica antibiótica dirigida, manteve desorganização do pensamento e comportamento desadequado. Confirmado com a família que a doente apresentava nos meses prévios deterioração cognitiva e alterações comportamentais com heteroagressividade, isolamento social, perda de autonomia e negligência do autocuidado.

Perante a persistência do quadro e serologia luética reativa (RPR 1:32; TPHA positivo), realizou punção lombar. O líquido cefalorraquidiano revelou pleocitose (28 leucócitos/mm³) e RPR reativo (1:16), confirmando o diagnóstico de neurosífilis. Por história de anafilaxia à penicilina e asma não controlada, iniciou ceftriaxone 2 g/dia durante 14 dias, verificando-se melhoria progressiva do estado de consciência, comportamento e autonomia funcional.

Discussão/Conclusão: Este caso ilustra a neurosífilis como causa potencialmente reversível de deterioração cognitiva no idoso. A coexistência de infeção urinária contribuiu para um enviesamento diagnóstico inicial. Perante *delirium* persistente ou deterioração cognitiva de evolução atípica, a neurosífilis deve ser conside-

rada, particularmente na presença de fatores de risco epidemiológicos, dado o potencial de recuperação clínica com tratamento adequado.

PO 452

EMBOLIA PULMONAR E GLOMERULOPATIA MEMBRANOSA: UMA ASSOCIAÇÃO FREQUENTE

Inês Marques¹; Laís Vieira²; Mafalda Teixeira De Sousa²; Sara Marques Silva¹; Carla Madureira Pinto¹; Pedro Lisboa Gonçalves²

¹ULS Médio Ave; ²ULS São João

Introdução: A síndrome nefrótica (SN), particularmente quando associada a glomerulopatia membranosa (GM), associa-se à ocorrência de eventos tromboembólicos, podendo surgir em doentes já diagnosticados ou constituir a manifestação inaugural da doença. A anticoagulação profilática deve ser considerada quando a albuminémia é inferior a 2 - 2,5 g/dL.

Caso clínico: 1. Sexo feminino, 31 anos, sem antecedentes de relevo, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por astenia associada a edema pré-tibial e periorbitário, com um mês de evolução. Analiticamente, albuminémia 2,5 g/dL (Valor de Referência [VR]: 3,8 - 5,1 g/dL) e proteinúria 5,76 g/24h (VR: < 0,15 g/24h), compatível com SN. A biópsia renal mostrou GM e o doseamento dos anticorpos anti-PLA2R foi positivo (44,9 RU/mL; VR < 20), tendo iniciado imunossupressão com Rituximab. Após uma semana, apresentou quadro de dispneia para pequenos esforços, com angiotomografia computadorizada torácica (TAC-Torácica) a evidenciar embolia pulmonar (EP) extensa.

Caso clínico: Sexo masculino, 60 anos, com história de carcinoma urotelial da bexiga em vigilância e sem evidência de doença ativa, recorre ao SU por dispneia para pequenos esforços com um dia de evolução. A TAC-Torácica mostrou defeitos de preenchimento arterial bilateral, compatível com EP. Do estudo efetuado, salienta-se ausência de alterações na TAC abdominopélvica e nos exames endoscópicos. Analiticamente, apresentava albuminémia de 2,1 g/dL e proteinúria de 9.12 g/24h. Foi realizada biópsia renal a mostrar GM e o doseamento de anticorpos PLA2R foi positivo (>200 RU/mL), tendo sido iniciada imunossupressão com Rituximab.

Conclusão: A SN está intimamente relacionada com eventos trombóticos. Nos casos apresentados, a sequência de eventos reforça, por um lado, a importância da anticoagulação profilática na SN e, por outro, a necessidade de considerar a SN como possível etiologia, em doentes com EP sem fator precipitante evidente.

PO 453

UM CUSHING INCOMUM

António Leão; Joana Araújo Correia; Vilma Laís Grilo; Ana Luísa Broa

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

O hipercortisolismo caracteriza-se por sinais/sintomas como obesidade central e da face, equimoses, alterações metabólicas como hiperglicemia, hipocaliemia e ainda hipertensão secundária. Pode dividir-se em ACTH dependente como nos adenomas da hipófise ou, menos comum, a produção ectópica de ACTH ou por produção de cortisol independente da ACTH, como nos adenomas supra-renais.

Trata-se de mulher de 65 anos, autónoma, com hipertensão arterial e diabetes mellitus, ambos com diagnóstico recente. Recorreu ao SU por quadro de com 3 semanas de evolução de astenia, mal estar generalizado, tonturas, desequilíbrio na marcha e edema generalizado mas predominantemente da face e peri-orbitário.

Dos exames realizados destacava-se hipocaliemia de 1,9mg/dL e hiperglicemia.

Internada para estudo de hipocaliemia, realizado oseamento de cortisol sérico aumentado. Adicionalmente, doseamento do cortisol salivar noturno, do cortisol urinário 24 horas e da ACTH, também aumentados, estabelecendo assim o diagnóstico de hipercortisolismo ACTH dependente. Iniciou terapêutica com metirapona e verificou-se melhoria progressiva. Realizou RM-CE e da sela turca que revelou microadenoma da hipófise, não funcional com indicação para vigilância. Para exclusão de produção ectópica de ACTH realizou TC, onde se identificou a presença de nódulo na cabeça do pâncreas sugestivo de tumor. Face a este achado realizou PET que evidenciou a presença de lesões, suspeitas de etiologia maligna, localizadas na cabeça do pâncreas, em sede ganglionar (2 gânglios abdominais) e lesão única hepática.

Fez RMN abdominal que revelou tumor neuroendócrino da cabeça do pâncreas com envolvimento secundário hepático. Realizou biópsia, sendo o exame histológico compatível com tumor neuroendócrino bem diferenciado, produtor de ACTH.

Este caso trata uma causa rara de S. Cushing com produção ectópica por tumor neuroendócrino e demonstra o envolvimento multissistémico desta síndrome e o desafio diagnóstico que representa.

PO 454

CRISE CONVULSIVA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HIPERCALCÉMIA GRAVE

Ricardo Ralha Martins¹; Liliana Pedro¹; Alexandra Ávila¹; Luísa Sousa Pinto²; Ana Rita Ribeiro¹; Ana Filipa Correia¹

¹Hospital Portimão; ²Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: A hipercalcémia é uma complicação metabólica frequente em doentes com neoplasias malignas, sendo o mieloma múltiplo uma das causas hematoló-

gicas mais comuns. No sistema nervoso central, a hipercalcemia manifesta-se tipicamente por alterações do estado de consciência, confusão ou letargia, sendo as crises convulsivas uma apresentação mais rara.

Caso clínico: Feminino, 94 anos, antecedentes pessoais de Doença de Alzheimer e Fibrilhação auricular, recorre ao SU por quadro de convulsão, com perda de controlo de esfíncter urinária. Ao exame Objetivo com ECG de 14, orientada nos 3 domínios, calma e colaborante, sem outros achados. Analiticamente de destacar lesão renal aguda com creatinina de 3.07 mg/dL e cálcio total de 19,8 mg/dL, TC-CE com padrão pepper-pot. Iniciou terapêutica anti-convulsivante e medidas de expoliação de cálcio. Durante o internamento efetuado estudo complementar com destaque para uma anemia de 9.8 g/dL, perfil férrico com ferro 105 µg/dL, ferritina de 113 ng/mL, IST 4% e transferrina 1.00 g/L e uma eletroforese de proteínas compatível com gamopatia monoclonal IgA/Kappa.

Tendo em conta a idade e o estado de reserva funcional da doente, optado por não prosseguimento de estudo de mieloma múltiplo.

Discussão: Este caso reforça a importância de considerar alterações metabólicas no diagnóstico diferencial de crises convulsivas, particularmente em doentes idosos, bem como a necessidade de uma abordagem sistemática que permita identificar causas subjacentes potencialmente graves.

PO 455

QUANDO AS DORES ESCONDEM O DIAGNÓSTICO

Catarina Coelho Faria; Joana Cerdeira Frazão;
Clarisse Neves; Sandra Barbosa; Glória Alves
ULS Alto Ave

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna caracterizada pela proliferação de células plasmáticas na medula óssea, que produzem uma imunoglobulina monoclonal. Manifesta-se principalmente por hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas osteolíticas, sendo a dor óssea o sintoma mais comum.

Caso clínico: Homem de 56 anos, ciclista, com antecedentes de hipertensão arterial e litíase renal, com quadro de lombalgia à direita de difícil controlo algico com 9 meses de evolução. Admitido no Serviço de Urgência por astenia, hipersudorese noturna e queixas algicas no ombro esquerdo, após abertura da mala do automóvel. Negada perda ponderal, anorexia ou febre. Analiticamente, com elevação de proteínas totais 11g/dL, sem anemia, disfunção renal ou hipercalcemia. Tomografia computadorizada articular com fratura patológica da clavícula associada a lesão lítica. Tomografia computadorizada toracoabdominopélvica com múltiplas lesões osteolíticas e aumento do volume prostático. Foi avaliado por Ortopedia, necessitando de suspensor braquial. Internado para estudo etiológico, sob trata-

mento sintomático.

Durante o internamento, antigénio específico da próstata dentro da normalidade 1.13ng/mL e elevação de Beta2-microglobulina 0.31mg/dL. Esfregaço de sangue periférico sem alterações. Imunoeletroforese com pico monoclonal do tipo IgG /Lambda, elevação das cadeias leves livres Lambda 408mg/L e IgG 5653mg/dL. Realizado aspirado medular que apresentava 29,5% de plasmócitos. Assumido diagnóstico de MM IgG/ λ. Teve alta orientado para consulta de Hematologia Oncológica, tendo sido proposto para tratamento dirigido e transplante autólogo.

Discussão: A apresentação clínica do Mieloma Múltiplo é variável, sendo essencial o estudo de fraturas patológicas e sintomas inespecíficos. O diagnóstico precoce é fundamental para orientar o tratamento e prevenir complicações. O surgimento de novas terapêuticas tem melhorado significativamente a qualidade de vida e sobrevida dos doentes.

PO 456

QUANDO O PULMÃO É APENAS A PONTA DO ICEBERG: POLISSEROSITE COMO MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA OCULTA.

Kelly Tembe; Francisca Santos; Margarida Neto;
Pedro L De Freitas; Pedro Carreira; Susana Marques
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Introdução: As neoplasias de origem oculta (Cancer of Unknown Primary – CUP) representam 3–5% das neoplasias e manifestam-se frequentemente por metastização sem identificação do tumor primário. A apresentação sob a forma de polisserosite maligna é rara e desafiante, sobretudo quando coexistem achados confundidores.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, internada para estudo de dispneia progressiva e tosse seca com 8 meses de evolução, associadas a perda ponderal. À admissão apresentava insuficiência respiratória hipoxémica corrigida para FiO2 60%. Analiticamente destacava-se anemia (Hb 10,8 g/dL) e proteína C-reativa 21 mg/dL.

A tomografia computadorizada (TC) torácica de alta resolução revelou padrão intersticial pulmonar difuso bilateral com áreas em vidro despolido, adenopatias mediastínicas, derrame pleural bilateral e pericárdico; a TC abdominopélvica (AP) evidenciou ascite ligeira. O estudo citológico do líquido pleural foi negativo para células neoplásicas e a investigação microbiológica, autoimune e endoscópica digestiva e ginecológica foi negativa.

A tomografia por emissão de positrões revelou múltiplas lesões ósseas osteoblásticas sugestivas de metastização. Foram ainda detetados nódulos tiroideus (TIRADS 2–5) e realizada citologia aspirativa por agulha fina, que revelou neoplasia folicular. Em reunião multidisciplinar considerou-se que este achado não

justificava a extensão da doença metastática.

O estudo de marcadores tumorais revelou elevação marcada de CA 19-9 (9798 U/mL) e nova TC-AP demonstrou carcinomatose peritoneal, sugerindo neoplasia gastrointestinal. A evolução foi marcada por agravamento da insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva, culminando em óbito sem identificação inequívoca do tumor primário.

Discussão: O carcinoma folicular tiroideu dissemina por via hematogênea para pulmão e osso, mas o envolvimento das serosas é raro e pouco descrito na literatura. Neste caso, a polisserosite, carcinomatose e elevação de CA 19-9 sugerem neoplasia gastrointestinal compatível com CUP. A neoplasia da tireoide foi considerada incidental, constituindo um *diagnostic pitfall*. O caso destaca a importância da interpretação integrada da disseminação tumoral e da abordagem multidisciplinar em CUP.

PO 457

QUANDO 115 VIRA 131 EM 48 HORAS: SÍNDROME DE DESMIELINIZAÇÃO OSMÓTICA APÓS CORREÇÃO DE HIPONATREMIA

Sara Campos; Vanda Conceição; Nuno Bernardino Vieira
Hospital de Portimão

Introdução: A hiponatremia é frequente em Medicina Interna e a correção demasiado rápida pode precipitar síndrome de desmielinização osmótica (SDO), uma complicação rara, mas com impacto neurológico potencialmente grave, especialmente em doentes de alto risco.

Caso clínico: Homem, 54 anos, antecedentes de alcoolismo e síndrome depressivo medicado com sertralina, recorre ao Serviço de Urgência por prostração, anorexia e perda ponderal. À admissão apresentava hiponatremia eurolémica grave (Na 115 mmol/L). Suspeitando de Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) induzida por Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (SSRI), suspendeu-se sertralina. Iniciou-se correção do sódio, verificando-se subida para 119 mmol/L em 2 horas e para 126 mmol/L após 24 horas, com normalização posterior à data de alta. Apesar da melhoria bioquímica, o doente manteve queixas neurológicas, nomeadamente desequilíbrio. Em consulta de Medicina Interna, realizou ressonância magnética crânio-encefálica com contraste, evidenciando lesão centro-protuberancial com componente de cavitação, compatível com sequela de SDO/mielinólise pontina.

Discussão: Este caso evidencia a dissociação entre “correção analítica” e *outcome* clínico. A presença de alcoolismo aumenta a vulnerabilidade à SDO, pelo que deve ser adotada estratégia conservadora, com monitorização seriada e plano explícito de correção. Perante tendência para sobrecorreção, medidas como desmopressina e/ou solutos hipotónicos podem ser decisivas para limitar o dano. A identificação da etiologia, como por exemplo SIADH por SSRI

é relevante, mas não substitui uma abordagem de segurança na correção e comunicação entre equipas, sobretudo em doentes de alto risco.

PO 458

OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO EM ARTRITE GOTOSA REFRACTÁRIA

Ricardo Ralha Martins¹; Nuno Bernardino Vieira¹; Alexandra Ávila¹; Tiago Alexandre¹; Ana Rita Ribeiro¹; Catarina Cabrita²

¹Hospital Portimão; ²Hospital Distrital da Horta

Introdução: A artrite gotosa (AG) é uma doença inflamatória articular secundária à deposição de cristais de urato monossódico, mediada por complexos inflamatórios como o NLRP3, responsáveis pela intensidade e rapidez das crises. Apesar das opções terapêuticas atuais reduzirem a progressão para formas crónicas como tofos gotosos, a gestão mantém-se desafiante em doentes com comorbilidades ou formas refratárias. **Caso clínico:** Homem de 64 anos, com 15 anos de evolução de AG, com episódios recorrentes de mono e oligoartrite nos membros inferiores. Antecedentes de hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata e litíase renal. Medicado com diurético tiazídico e hipouricemiante, recorrendo a AINEs nas crises, que ocorriam cerca de duas vezes por mês apesar da evicção de fatores desencadeantes. Na primeira consulta procedeu-se à revisão terapêutica, com substituição da hidroclorotiazida por amlodipina e otimização da terapêutica abortiva com colchicina e analgésicos. Analiticamente apresentava uricemia de 7,9 mg/dL e creatinina de 1,91 mg/dL tendo sido referenciado para consulta de nefrologia. Por refratariedade foi necessária a adição de prednisolona nas crises. Manteve seguimento conjunto pelas duas especialidades, persistindo necessidade ocasional de terapêutica abortiva.

Discussão: Este caso destaca a importância da revisão da terapêutica concomitante e da otimização do tratamento na AG refratária. A suspensão de fármacos hiperuricemiantes, o ajuste da terapêutica das crises e a abordagem multidisciplinar foram cruciais para o controlo clínico e prevenção de exacerbações. A inflamação mediada pelo NLRP3 representa um potencial alvo terapêutico futuro. A terapêutica envolve prevenção e tratamento das crises, sem opções totalmente inócuas entre os anti-inflamatórios clássicos, devido aos seus efeitos adversos. Urge o desenvolvimento de novas terapêuticas para oferecer alternativas mais seguras e eficazes.

PO 459

SARCOIDOSE GANGLIONAR ABDOMINAL COMO CAUSA INESPERADA DE LOMBOCIATALGIA

Susana Tânger Correia; Sofia Sequeira; Maria Beatriz Santos;
Felipe Zuluaga; Paulo Ávila

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica de etiologia desconhecida, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos e envolvimento multissistêmico. A apresentação mais frequente cursa com envolvimento pulmonar e adenopatias intratorácicas. O envolvimento ganglionar abdominal isolado é raro e pode manifestar-se com sintomas inespecíficos.

Caso clínico: Mulher de 61 anos, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia com irradiação para o membro inferior, inicialmente admitida como lombociatalgia de provável etiologia mecânica. Apresentou agravamento progressivo da dor e défice motor dos membros inferiores compatível com paraparésia. Realizou ressonância magnética lombar que revelou múltiplas adenopatias abdominais volumosas, sem alterações estruturais lombares que justificassem o quadro neurológico, motivando internamento para investigação etiológica. Foi realizada biópsia ganglionar, cujo exame histológico evidenciou granulomas epitelióides não caseosos, compatíveis com sarcoidose. Após exclusão de etiologia infecciosa, iniciou corticoterapia sistêmica, com melhoria clínica progressiva, incluindo recuperação neurológica parcial e regressão das adenopatias em exames subsequentes.

Discussão: O envolvimento ganglionar abdominal isolado na sarcoidose é raro e pode apresentar manifestações clínicas atípicas. Este caso ilustra uma apresentação incomum que mimetizou lombociatalgia e evoluiu com paraparésia, atrasando a suspeita diagnóstica. A presença de adenopatias abdominais associada a défice neurológico sem explicação estrutural deve motivar investigação etiológica que inclua patologias menos frequentes como a sarcoidose, muitas vezes considerada como diagnóstico de exclusão. O reconhecimento destas apresentações atípicas é fundamental para evitar atrasos diagnósticos e instituir tratamento adequado.

PO 460

TUBERCULOSE PERITONEAL – UM CASO CLÍNICO

Carolina Paula; Maria Meneses Rebelo;
Ana Catarina Pina Pereira; Mafalda Leal; Beatriz Barata;
Sofia Salvo

Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: Tuberculose (TB) abdominal é uma forma de apresentação extrapulmonar de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* rara (5% dos casos) e inclui envolvimento intestinal, linfático e peritoneal. O último pode se manifestar com ascite, dor abdominal, febre, perda

ponderal, sudorese noturna, sendo importante excluir malignidade e doença inflamatória intestinal (DII).

Caso clínico: Homem, 31 anos, recorre ao serviço de urgência por quadro de sintomas B associados a epigastria com 4 meses de evolução. À observação a destacar palpação dolorosa de hipocôndrio direito e epigastro, sem defesa. Analiticamente com anemia (Hb 6.9g/dL), ferroopenia, e défice de ácido fólico. Posteriormente objectivadas melenas.

Manteve febre e elevação de parâmetros inflamatórios apesar de culturas negativas, tendo feito 2 ciclos de antibioterapia empírica.

Do estudo efectuado, destacam-se anticorpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* positivos; endoscopia digestiva alta com gastrite crónica no antro, *Helicobacter pylori* negativa; colonoscopia com úlcera anal profunda e dura no toque rectal e duvidosa fístula; enteroscopia por videocápsula, com angiectasia no bulbo, 2 úlceras de fundo fibrinoso no jejuno proximal e presença de sangue vivo. Hipótese inicial de doença de Crohn, ficando sob terapêutica com metronidazol, mesalazina, ocreotido e perfusão de pantoprazol.

Realizou tomografia computadorizada que demonstrou adenomegalias mesentéricas e ascite. Realizou paracentese diagnóstica, com teste de amplificação de ácidos nucleicos no líquido ascítico positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, permitindo confirmar TB peritoneal, pelo que iniciou terapêutica com antituberculosstáticos com melhoria clínica.

Discussão: O diagnóstico de TB peritoneal é difícil, podendo mimetizar outras patologias. Este caso pretende lembrar uma hipótese que deve ser considerada no diagnóstico diferencial, de forma a diminuir o atraso na sua identificação e permitindo iniciar terapêutica de forma mais célere.

PO 461

ADENOMEGALIAS CERVICAIS NO JOVEM: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Daniela Penteado Silva Salgueiro; Ângela Paredes Ferreira;
Daniel Alves; Ana Rita Oliveira; Miguel Torrinhas;
Ana Sofia Matos

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

A presença de adenomegalias é motivo frequente de referenciação para a consulta de Medicina Interna. O diagnóstico diferencial engloba patologias inflamatórias, neoplásicas e infecciosas. A distinção entre etiologia benigna ou doença potencialmente grave pode apresentar-se como um desafio diagnóstico.

Jovem do sexo masculino, 20 anos, jardineiro. Avaliado no médico assistente por adenopatias cervicais não dolorosas tendo realizado ciclo de anti-inflamatório não esteroide e antibioterapia. À reavaliação após terapêutica com persistência de adenomegalias, motivo pelo qual realizou ecografia cervical que revelou múltiplas adenopatias cervicais e submaxilares bilaterais com

ecogenicidade heterogênea e perda do habitual núcleo hiperecoico central. Avaliado em consulta de Medicina Interna 2 meses após início de sintomas. Revendo anamnese refere odinofagia, mialgia e febre cerca de 1 semana após início de adenopatias. Acresce consumo de carne mal cozinhada, sem ingestão de água do poço ou percepção de mordida ou picada de animais/insetos. Analiticamente sem anemia ou leucocitose, VS 4 mm/h, sem elevação de LDH ou PCR, serologia VIH, VHC, VHB e VDRL negativas. Realizou ecografia abdominopélvica que excluiu hepatoesplenomegalia. Estudo anatomopatológico de gânglio submaxilar compatível com gânglio linfático reativo e imunofenotipagem sem alterações. Do estudo mais alargado com documentação de IgG e IgM de toxoplasmose positivas (em perfil descendente em reavaliação subsequente) com baixa avidéz de IgG, pelo que foram assumidas adenomegalias no contexto de infecção por *Toxoplasma gondii*.

Destaca-se deste caso a importância da integração da história clínica, exposição epidemiológica e estudo serológico para estabelecer o diagnóstico. A toxoplasmose, excetuando durante a gravidez, é uma infecção benigna que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de adenopatias persistentes em doentes imunocompetentes após avaliação cuidadosa para exclusão de outras patologias relevantes.

PO 462

PRIAPISMO ISQUÉMICO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE POLICITÉMIA VERA

Sofia Brasil; João Rocha Gonçalves; Joana Alves Afonso; Rita Castanheira Rodrigues; Joana Rocha Sobral; Ana Bárbara Costa; Joana Salsa

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A Policitemia Vera (PV) é uma neoplasia mieloproliferativa BCR-ABL1 negativa caracterizada pela presença da mutação JAK2 e por um risco trombótico aumentado. As manifestações trombóticas são frequentes, mas o priapismo isquémico constitui forma de apresentação rara. O reconhecimento precoce é crucial para prevenir complicações potencialmente fatais.

Caso clínico: Homem de 51 anos, enviado à consulta para estudo de priapismo isquémico. Aquando da observação no serviço de urgência, foi submetido a drenagem cavernosa e *shunt* distal, com evolução complicada por fibrose dos corpos cavernosos e necessidade posterior de prótese peniana, com melhoria funcional. Sem história trombótica pessoal ou familiar, consumo de fármacos vasoativos e/ou drogas. Excluída hemoglobinopatia e/ou trombofilia. Por apresentar poliglobulia (Hb máxima 18g/dL e hematócrito 50,8%) com supressão do valor de eritropoietina foi colocada a hipótese de PV, confirmada pela deteção da mutação JAK2V617F e medula ossea hiper celular com panmielose compatível com neoplasia mieloproliferativa. Antes do início de terapêutica citoreduzora, desenvol-

veu um quadro de tromboembolia pulmonar bilateral de risco intermédio-alto, iniciando anticoagulação e posteriormente hidroxycarbamida, com boa evolução clínica. **Discussão:** O priapismo isquémico pode constituir manifestação inaugural de PV, traduzindo fenómeno trombótico raro. Este caso evidencia a importância de incluir hemograma e estudo de neoplasias mieloproliferativas na abordagem de priapismo sem causa identificável. O atraso diagnóstico pode associar-se a eventos tromboembólicos *major* subsequentes. A suspeição precoce permite instituir terapêutica dirigida e reduzir morbilidade.

PO 463

NEM TODAS AS PNEUMONIAS SÃO IGUAIS – A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR!

Gloria Maria Maia Goncalves; Inês Pereira De Oliveria; Renato Nogueira; Cátia Dias; Manuel Rodrigues; Pedro Neves
Unidade Local de Saúde do Médio Ave

A pneumonia é a infeção respiratória mais comum na nossa prática clínica, por vezes, complicada com derrame pleural. A identificação desta complicação, assim como a sua correta caracterização e abordagem terapêutica são essenciais para o tratamento adequado da infeção, implicando, por vezes, intervenções invasivas e abordagens multidisciplinares.

Apresentamos o caso de um homem de 71 anos, hipertenso e dislipidémico, que recorreu ao serviço de urgência por dor torácica direita de características pleuríticas e dispneia. Do estudo realizado, documentada pneumonia direita com derrame pleural de pequeno volume e insuficiência respiratória, tendo sido internado sob antibioterapia empírica com amoxicilina e ácido-clavulânico e azitromicina. Apesar de melhoria clínica, por agravamento na auscultação pulmonar e persistência de parâmetros inflamatórios após 72h de tratamento, realizada reavaliação imagiológica que revelou agravamento do derrame pleural com aspeto loculado. Realizada toracocentese diagnóstica compatível com derrame parapneumónico complicado, posteriormente, com critérios de empiema por crescimento microbiológico no líquido pleural. Apesar de antibioterapia eficaz, o doente necessitou de colocação de dreno torácico e fibrinólise intrapleural para controlo de foco, com reavaliação imagiológica posterior com melhoria do derrame, sem evidência de loculação. Apesar de ciclo de antibioterapia completo, apirexia e descida sustentada dos parâmetros inflamatórios, persistiu derrame de moderado volume, sem aparente infeção ativa. Após discussão multidisciplinar com pneumologia e fisioterapia, decidido iniciar cinesioterapia para expansão pulmonar, assumindo-se derrame pleural residual. Reavaliação posterior em consulta ao fim de três meses a documentar reabsorção completa do derrame.

O caso supracitado demonstra a importância de reconhecer complicações associadas à pneumonia, com necessidade de estratégias adicionais invasivas para controle da infecção e a importância do seguimento pós-hospitalar para verificar a resolução completa da infecção.

PO 464

RAMSAY HUNT INCOMPLETO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM JOVEM SOB IMUNOMODULAÇÃO

Geraldo Assunção¹; Andreia Diegues¹; Flaviano Gomes¹; Ricardo Soares Dos Reis²; Lília Castelo Branco¹; Eugénia Madureira¹

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; ²Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: O herpes zoster ótico, ou síndrome de Ramsay Hunt, resulta da reativação do vírus varicela zoster (VZV) no gânglio geniculado. Geralmente apresenta otalgia, vesículas auriculares e paralisia facial periférica. Formas incompletas, especialmente com predomínio vestibulococlear e sem parésia facial, são raras e podem atrasar o diagnóstico, sobretudo em doentes sob terapêutica imunomoduladora.

Caso clínico: Homem de 27 anos, com esclerose múltipla sob natalizumab, e epilepsia, recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de otalgia direita, otorreia, odinofagia, febrícula, náuseas e alterações comportamentais transitórias (alucinações e delirium), com alguns dias de evolução. Já no SU objetivado exsudado amigdalino, sem parésia facial, e com surgimento de vesículas auriculares no pavilhão externo direito. A tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) era normal; punção lombar (PL) sem pleocitose. Optou-se pelo internamento dados os sintomas persistentes. Iniciou valaciclovir oral e corticoide, associados a antibioterapia. Evoluiu com vômitos frequentes, vertigem incapacitante, desequilíbrio, nistagmo horizontal esquerdo e hipoacusia neurosensorial direita grave, motivando troca de anti vírico para aciclovir endovenoso (EV). Nova PL mostrou PCR positiva para VZV, mantendo ausência de pleocitose. Repetiu-se TC-CE, evidenciando mastoidite direita; a ressonância crânio-encefálica não revelou lesões centrais, com dúvida quanto a eventual realce do nervo vestibulococlear. Cumpriu 11 dias de aciclovir EV, corticoterapia em desmame e 7 dias de antibioterapia, com melhoria progressiva dos sintomas. À alta mantinha hipoacusia residual e manobra de impulso céfálico alterado para a direita, com indicação para fisioterapia vestibular. Dada a imunomodulação manteve-se aciclovir em dose profilática.

Discussão: Este caso mostra uma forma incompleta de síndrome de Ramsay Hunt com manifestações vestibulococleares marcadas e ausência de parésia facial em contexto de imunomodulação. A detecção de VZV no líquido cefalorraquidiano sem pleocitose demonstra que um estudo citológico normal não exclui neuroinfecção viral em doentes imunodeprimidos. O caso reforça

a importância de elevada suspeição clínica para diagnóstico precoce e melhoria do prognóstico funcional.

PO 465

CADEIAS LEVES, MAS PERIGOSAS! – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gloria Maria Maia Goncalves; Sara Maques Silva; Adriana Basílio; Cátia Dias; Manuel Rodrigues; Pedro Neves
Unidade Local de Saúde do Médio Ave

O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação de plasmócitos na medula óssea. A sua apresentação clínica é heterogênea, com alterações laboratoriais classicamente descritas pelos critérios CRAB. Por vezes, apresenta manifestações atípicas, necessitando de elevada suspeição clínica para estabelecer o diagnóstico.

Apresentamos o caso de um homem de 71 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, cardiopatia isquêmica e trombocitopenia moderada não estudada previamente. Admitido no serviço de urgência (SU) por quadro de astenia e anorexia com duas semanas de evolução associada a anemia e lesão renal aguda de novo nas análises realizadas em ambulatório. No SU confirmou-se uma pancitopenia de novo (com agravamento da trombocitopenia prévia) e lesão renal aguda com acidose metabólica; imagiologicamente com sinais de nefropatia crônica mas sem obstrução. Internado para esclarecimento etiológico. Do estudo realizado, resposta medular hipoproliferativa, sem défices vitamínicos; serologias virais e estudo imunológico negativo; desidrogenase láctica normal; proteinograma com imunossupressão com pico monoclonal lambda no soro e urina, sem pico de imunoglobulinas e hipogamaglobulinemia sérica; radiografia de esqueleto sem lesões. A par do estudo etiológico, estratégia com fluidoterapia com melhoria inicial, com posterior agravamento, hipercalcemia e hiperuricemia de novo, com necessidade de fluidoterapia intensiva para indução de diurese. Discutido com hematologia e decidido realização de estudo medular que revelou presença de 80% de plasmócitos e tomografia de positrões com captação difusa óssea e no baço, compatível com doença mielomatosa medular e óssea. Estabelecido diagnóstico de mieloma múltiplo de cadeias leves, iniciou corticoide e quimioterapia. Apesar de rápido diagnóstico e tratamento precoce, verificou-se uma evolução desfavorável, culminando no óbito do doente poucos meses após o diagnóstico.

O caso supracitado ilustra uma variante incomum de mieloma múltiplo, mais agressiva e de características atípicas, dificultando o diagnóstico. Apesar do diagnóstico rápida e da instituição de terapêutica específica, a evolução desfavorável, reflete a agressividade e o prognóstico reservado desta variante.

PO 466

HIPERFERRITINEMIA MARCADA E CITÓLISE HEPÁTICA: SOBRECARGA FÉRRICA OU HEPATITE AUTOIMUNE?

Paula Alonso Merino; Jimmy Martins; Inês Anacleto;
José Carvalho; Laura Baptista; Joana Neves; João Oliveira
Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A hepatite autoimune é uma doença inflamatória crónica caracterizada por citólise hepatocelular, autoimunidade positiva e hipergamaglobulinemia. A apresentação varia de assintomática a aguda. A presença de hiperferritinemia e saturação elevada de transferrina podem sugerir sobrecarga férrica, dificultando o diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 40 anos, com antecedente de hepatite sem etiologia esclarecida em idade jovem, recorre ao serviço de urgência por quadro com dois meses de evolução de náuseas, epigastralgias e perda ponderal (2 kg), com estudo analítico do exterior a mostrar citólise hepática marcada. Negava consumo de álcool, produtos de ervanária ou fármacos hepatotóxicos. Ao exame Objetivo sem alterações de relevo. Analiticamente com citólise marcada (AST 848 U/L, ALT 2978 U/L), bilirrubina total 1,64 mg/dL, INR 1,08, ferritina 3611 ng/mL, saturação de transferrina 90% e IgG 1860 mg/dL. Foi excluída etiologia infecciosa. Da autoimunidade positivou para ANA (1:160) e anti-músculo liso (1:100). Imagiologicamente apenas verificado pequeno hemangioma. Realizou biópsia hepática que revelou infiltrado portal com hepatite de interface, sem depósitos de ferro ou cobre, compatível com hepatite autoimune. Score simplificado de hepatite autoimune: 7 pontos. Iniciou corticoterapia (0,5 mg/kg/dia), com redução de transaminases (AST 31U/L, ALT 140U/L) e ferritina (446 ng/mL) em 15 dias, pelo que se iniciou azatioprina 50mg/dia e desmame de corticóide, mantendo atualmente o seguimento.

Discussão: O diagnóstico de hepatite autoimune nem sempre é linear, podendo ter confundidores como doenças de sobrecarga de ferro. A aplicação do score simplificado permite afirmar a probabilidade de hepatite autoimune e assim iniciar terapêutica imunossupressora, com impacto positivo no prognóstico.

PO 467

CRIOGLOBULINEMIA TIPO II COM ENVOLVIMENTO CUTÂNEO E RENAL: PARA ALÉM DAS CAUSAS CLÁSSICAS

Ana Martins Da Costa; Ana João Surreira;
Isabel Fonseca Silva; António Marinho
Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: As crioglobulinas são imunoglobulinas que precipitam a temperaturas inferiores a 37°C e redissolvem-se com o aquecimento, podendo causar vasculite sistémica mediada por imunocomplexos. As crioglobulinemias mistas (tipos II e III) representam

85–90% dos casos, associando-se a infeções crónicas, doenças autoimunes e neoplasias linfoproliferativas. Caracterizam-se pela deposição de imunocomplexos com ativação da via clássica do complemento e manifestam-se por púrpura palpável, artralrias e astenia, podendo ocorrer envolvimento renal, neurológico e sistémico.

Caso clínico: Homem de 65 anos, com infeção por VIH sob TARV, clearance espontâneo prévio de VHC, hipertensão arterial e dislipidemia. Uma semana após vacinação sazonal iniciou febre, mal-estar, artralrias inflamatórias simétricas das pequenas e médias articulações, diarreia e vómitos. Três semanas depois recorreu ao serviço de urgência por agravamento clínico, com púrpura palpável e edema dos membros inferiores; analiticamente apresentava PCR aumentada (157 mg/L), e lesão renal aguda KDIGO 1; ecografia com esplenomegalia. A biópsia cutânea revelou vasculite leucocitoclástica e o estudo imune evidenciou crioglobulinas, com atividade de fator reumatoide, compatível com crioglobulinemia tipo II e défice absoluto de C4, com C3 preservado. A carga viral de VHC, incluindo no crioprecipitado, foi indetetável. Serologias IgM e IgG para Parvovirus e PCR foram positivas, confirmando infeção aguda. Iniciou corticoterapia, com resolução das lesões cutâneas e melhoria analítica.

Discussão: Este caso descreve uma vasculite crioglobulinémica tipo II com envolvimento multissistémico e consumo marcado de C4, refletindo ativação da via clássica do complemento por imunocomplexos com atividade de fator reumatoide. Embora classicamente associada ao VHC, a ausência de replicação viral e a positividade serológica e por PCR para Parvovirus sugerem infeção aguda como provável desencadeante. A proximidade temporal com a vacinação sazonal poderá ter constituído estímulo adicional, sem permitir estabelecer causalidade. O caso reforça a importância da pesquisa de crioglobulinas e complemento na vasculite sistémica, permitindo diagnóstico e tratamento precoces, com causa não frequente.

PO 468

PROCTITE ESTERCORAL – UM CASO CLÍNICO

Carolina Paula; Ana Catarina Pina Pereira; Mafalda Leal;
Beatriz Barata; Sofia Salvo
Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A proctite estercoral é uma forma rara inflamatória do reto que ocorre aquando da formação de fecalomas. Estes, quando volumosos, exercem pressão na parede intestinal, com possível compromisso vascular resultando em isquémia, podendo chegar a levar a necrose e perfuração.

Caso clínico: Homem de 74 anos, com antecedentes de acidente vascular isquémico recente com hemiparésia perda da capacidade de marcha sequelares. Durante o período de recuperação pós AVC, inicia quadro

recorrente de dor abdominal tipo cólica, com anorexia, náusea e perda ponderal; e posteriormente com diarreia líquida persistente e incontinência fecal, apesar de dieta sem fibra e loperamida diária. Dos exames complementares destacou-se anemia de agravamento progressivo e cinética de ferro sugestiva de padrão inflamatório, com elevação de velocidade de sedimentação e hipoalbuminemia. Apesar de estudo endoscópico em fase inicial sem alterações relevantes, em tomografia computadorizada (TC) apresenta fecaloma volumoso, e posteriormente em ressonância magnética pélvica (pedida originalmente para estudo prostático) destaca-se dilatação da ampola retal com espessamento parietal do reto e densificação inflamatória da gordura peri-retal, persistindo fecaloma nessa região - aspectos consistentes com proctite estercorral.

Assim, interpretou-se a diarreia como secundária ao quadro inflamatório local bem como ao componente de barragem pelo fecaloma, agravada por incontinência esfinteriana.

Discussão: Em doentes idosos, a formação de fecalomas é comum apesar de poderem ter trânsito aparentemente mantido. Nos casos de proctite estercorral, o tratamento consiste no aumento do aporte de fibra, laxantes e remoção manual do fecaloma, o que num doente que se apresenta primariamente com diarreia pode à primeira vista parecer contraproducente. Este diagnóstico, apesar de raro, pode ter consequências graves e levar a aumento da mortalidade, pelo que deve ser activamente procurado.

PO 469

PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA OBSTRUTIVA POR CORPO ESTRANHO ENDOBRÔNQUICO NUM ADULTO JOVEM

Ana Frederica Malheiro Passos Cruz Parente; Nuno Pardal; Rita Vilar Mota; Miguel Reis Costa; António Ferreira; Diana Guerra

Hospital Sta Luzia

Introdução: A aspiração de corpo estranho (ACE) é rara em adultos, podendo manifestar-se de forma inespecífica e simular infeções respiratórias. O atraso no diagnóstico pode levar a pneumonia obstrutiva e complicações locais.

Caso clínico: Homem, 20 anos, recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva mucopurulenta com duas semanas de evolução, e desde a semana prévia com febre, dispneia para pequenos esforços e dor torácica pleurítica à direita. Referia episódio de fratura de molar inferior direito poucos dias antes do início da sintomatologia, com provável deglutição do fragmento. À admissão com SatO₂ em ar ambiente de 98%, com auscultação pulmonar revelando sibilância no terço superior do hemitórax direito. Analiticamente apresentava leucocitose e PCR elevada. A radiografia torácica mostrou consolidação do lobo superior direito e a TC

torácica evidenciou extensa consolidação do lobo superior direito com extensão ao lobo médio, associada à presença de corpo estranho hiperdenso no brônquio lobar superior direito. O antigénio urinário para *Streptococcus pneumoniae* foi positivo. Iniciou amoxicilina/ácido clavulânico e foi admitido na enfermaria de Medicina. A broncofibroscopia flexível identificou corpo estranho com tecido de granulação circundante, sem sucesso na extração. Posteriormente realizou broncoscopia rígida com remoção de corpo estranho, correspondente a pequena folha de papel de alumínio e secreções purulentas. Observou-se evolução clínica favorável após antibioterapia e resolução da obstrução. **Discussão:** Este caso evidencia a ACE como causa potencialmente negligenciada de pneumonia lobar no adulto jovem. A persistência ou localização focal da infeção deve motivar investigação imagiológica dirigida. A TC torácica assume papel central no diagnóstico, sendo a broncoscopia rígida o tratamento de eleição. O reconhecimento precoce é crucial para prevenir complicações e recorrência infecciosa.

PO 470

ESPONDILODISCITE MULTIFOCAL COMO DESAFIO DIAGNÓSTICO

Beatriz Luís Lopes; Mariana Da Silva Alves; Filipa Pedro; Isabel Martins

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: A espondilodiscite é uma infeção vertebral grave, frequentemente associada a atraso diagnóstico devido à apresentação clínica inespecífica. A forma multifocal é rara e pode levantar dificuldades diagnósticas. A ressonância magnética (RM), desempenha um papel fundamental na identificação precoce e na avaliação da extensão da doença.

Caso: Homem de 77 anos, autónomo, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e consumo etílico relevante, recorreu ao serviço de urgência por lombalgia persistente após queda de cerca de 2,5 metros. A tomografia computadorizada inicial revelou alterações vertebrais cervicais e lombares sugestivas de fratura, levantando também a hipótese de processo infeccioso ou neoplásico. A RM da coluna evidenciou alterações compatíveis com espondilodiscite nos níveis C6–C7 e L3–L4, com destruição das plataformas vertebrais, abscesso discal lombar e extensão fleimonosa epidural, condicionando estenose do canal raquidiano e compressão radicular. Foi realizada biópsia vertebral guiada por TC, cujo estudo histopatológico revelou alterações inflamatórias, sem evidência de malignidade. Serologias infecciosas negativas. Hemoculturas permanentemente negativas com necessidade de antibioterapia empírica prolongada. Durante o internamento apresentou agravamento clínico progressivo com complicações infecciosas, insuficiência respiratória, lesão renal aguda e descompensação da doença

hepática crônica, culminando em falência multiorgânica e necessidade de cuidados intensivos, com evolução desfavorável.

Discussão: Este caso reforça a complexidade diagnóstica da espondilodiscite multifocal, particularmente quando coexistem antecedentes traumáticos e achados imagiológicos inicialmente sugestivos de fratura ou neoplasia. A RM revelou-se determinante para o diagnóstico e caracterização da extensão da doença. A evolução desfavorável evidencia a gravidade potencial desta entidade, reforçando a importância de suspeição clínica precoce, diagnóstico atempado e abordagem multidisciplinar.

PO 471

CARCINOMA DA MAMA: APRESENTAÇÃO INAUGURAL COM FALÊNCIA HEMATOLÓGICA E TROMBOSE MULTIORGÂNICA

Vera Guedes De Sousa; Rita Pereira Neto;
Bernardo Soares Baptista; Alexandra Bayão Horta
Hospital da Luz Lisboa

As neoplasias sólidas podem manifestar-se com complicações hematológicas e trombóticas potencialmente fatais associadas a infiltração medular, síndromes paraneoplásicas e estados pró-trombóticos.

Mulher de 70 anos, com história de angioplastia na artéria ilíaca primitiva direita, internada por dispneia de esforço, perda ponderal e claudicação da marcha com 2 semanas de evolução. Estava hipoxêmica e apresentava uma massa pétérea palpável nos quadrantes superiores da mama esquerda e sinais de isquemia arterial da perna direita. No laboratório destacavam-se anemia normocítica (Hb 10,5g/dl), trombocitopenia (35.000/ μ L), LDH (7461UI/L), troponina I de alta sensibilidade (748ng/L), ferritina (7266ng/mL) e triglicéridos (384mg/dL). A haptoglobina, tempos de coagulação e fibrinogénio eram normais. O ESP revelou leucocitose e 1% esquizócitos. A angio-TC revelou infiltrados pulmonares em vidro despolido, oclusão da a. descendente anterior, massa na mama esquerda (5,3cm) e adenopatias axilares, colapso vertebral em D9 e oclusão da a. femoral superficial direita. O ecocardiograma mostrou aneurisma apical. A RM da coluna revelou infiltração tumoral óssea difusa, corroborada por PET-TC. A biópsia mamária revelou carcinoma invasivo grau 3, RE 90-100% e RP 5-10%, HER2 2+, Ki67 80-90% e a biópsia osteomedular corroborou infiltração maciça. Assumiu-se diagnóstico final de carcinoma da mama com envolvimento osteomedular e complicado por síndrome hemofagocítica e possível coagulação intravascular disseminada (CID) crônica. Iniciou dexametasona, letrozol e paclitaxel. Faleceu ao 18º dia de internamento.

O caso ilustra uma apresentação inaugural muito grave e muito rara de carcinoma da mama com infiltração óssea e medular maciça, complicada por citopenias,

provável síndrome hemofagocítica e CID crônica com trombose arterial multiórgão. Apresenta-se este caso pela dificuldade diagnóstica decorrente da presença de doenças pouco frequentes muito graves complicando uma doença tão frequente.

PO 472

NEM TUDO É CANCRO: *HELICOBACTER PYLORI* COMO MIMETIZADOR DE NEOPLASIA GÁSTRICA

Inês Anacleto; Karen Canizalez; Paula Merino; Leonor Naia
ULS Região de Aveiro

A gastrite associada a *Helicobacter pylori* é das principais causas de gastrite crônica no Mundo. Quando não tratada induz inflamação persistente da mucosa gástrica, aumentando o risco de úlcera péptica, gastrite atrófica, metaplasia intestinal e neoplasia gástrica. Homem, 66 anos, referenciado à Consulta por nódulo hepático detetado em ecografia abdominal. Antecedentes: hipertensão arterial e dislipidemia. Medicado com Pravastatina e Amlodipina/Candesartan. Assintomático, exame Objetivo e análises sem alterações. Para esclarecimento da lesão realizou TC abdominal que mostrou nódulo hepático compatível com hemangioma, e espessamento parietal heterogêneo da parede do corpo gástrico com área ulcerada e adenomegalias perigástricas. A endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou úlcera escavada, de bordos irregulares e endurecidos (12mm), suspeita de neoplasia. O estudo histológico revelou gastrite crônica atrófica (moderada a grave no antro e ligeira no corpo) com atividade para *H. pylori* e metaplasia intestinal extensa, sem evidência de malignidade. Iniciado IBP e dada a suspeita neoplásica repetiu EDA após 1 mês, mantendo úlcera escavada (20mm), e persistindo colonização por *H. pylori*, gastrite crônica atrófica severa com atividade moderada e metaplasia intestinal. Após erradicação de *H. pylori*, a reavaliação endoscópica aos 3 meses mostrou regressão da lesão (apenas cicatriz vermelha), e histologia com alterações cicatriciais e ausência de displasia. Aos 10 meses, mantinha ausência de neoplasia e erradicação confirmada, com pangastrite crônica atrófica com metaplasia intestinal.

Este caso revela como a infeção por *H. pylori* pode mimetizar neoplasia gástrica, quer pelos achados imagiológicos como endoscópicos. Constitui ainda um reconhecido fator etiológico de neoplasia gástrica, pelo que a sua vigilância, deteção precoce, confirmação histológica e erradicação são essenciais, permitindo a regressão das lesões como a redução do risco de progressão para neoplasia gástrica.

PO 473

NEM TUDO É HEMOCROMATOSE: A HIPERFERRITINEMIA QUE TINHA DUAS CAUSAS

Iara Fazenda; Ana Frederica Parente; Daniel Lima Alves; Alexandra Esteves; Maria Vilela; Diana Guerra; Carmélia Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Homem, 67 anos, com doença coronária multivascular, proposto para cirurgia de revascularização miocárdica, referenciado por anemia normocrômica normocítica desde 2019 (Hb 11–12).

No estudo detetada hiperferritinemia (≈ 900 ng/mL) e saturação de transferrina 80% levantando a hipótese de hemocromatose. O estudo genético revelou heterozigotia para mutação H63D do gene HFE, ausência de C282Y. A identificação desta variante poderia, de forma redutora, encerrar o raciocínio diagnóstico. Contudo, a evolução temporal dos dados laboratoriais contrariou essa interpretação simplista.

Ao longo do seguimento, a ferritina manteve-se persistentemente elevada (800–956 ng/mL), mas surgiram marcadores inequívocos de hemólise crônica compensada: reticulocitose (6,9%), bilirrubina indireta $\sim 2,9$ mg/dL, haptoglobina < 8 mg/dL e LDH discretamente elevado. Acresciam VGM ~ 100 fL, esplenomegalia imagiológica e escleróticas subictéricas ao exame Objetivo. A eletroforese de hemoglobinas foi normal e em discussão com o doente, descoberta história familiar de anemia, levantando a hipótese de esferocitose hereditária.

Este caso evidencia como a hiperferritinemia raramente é monofatorial. A heterozigotia H63D isolada dificilmente justificaria sobrecarga clinicamente significativa; porém, num contexto de hemólise crônica, o aumento do turnover eritrocitário promove libertação sustentada de ferro e estímulo à sua reciclagem e armazenamento. A interação entre predisposição genética e hemólise poderá explicar a magnitude e persistência da elevação da ferritina, sem expressão orgânica evidente.

Curiosamente, a ausência de déficit de ferro – assegurada por reservas persistentemente elevadas – pode constituir um fator favorável. O déficit de ferro, mesmo sem anemia, associa-se a pior prognóstico cardiovascular e maior morbidade perioperatória. Neste contexto, a hiperferritinemia, poderá ter desempenhado papel protetor ao prevenir ferropenia e otimizar a eritropoiese num cenário de doença coronária avançada e futura cirurgia cardíaca.

PO 474

DOENÇA DE DEPOSIÇÃO DE CADEIAS LEVES: UMA CAUSA RARA DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Daniela Filipa Silvano Mauricio; David Matos Monteiro; Gonçalo Canhão; Tiago Jorge Costa; Rita Ramalho; João Costelha; Teresa Alfaiate; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As doenças de deposição de cadeias leves (DDCL) são manifestações raras das gamopatias monoclonais e podem ter envolvimento multiorgânico, resultante da deposição tecidual das cadeias leves de imunoglobulinas. A apresentação clínica é inespecífica, o que pode atrasar o diagnóstico e justifica investigação em contexto de síndrome constitucional.

Caso clínico: Homem de 66 anos, em estudo de síndrome constitucional com perda ponderal de 13% em 6 meses, astenia, anorexia, disfagia, associado a febre vespertina e episódios de lipotímia. Analiticamente com pancitopenia (Hb 6,5 g/dL, leucócitos $2,4 \times 10^9$ /L, plaquetas 95×10^9 /L), lesão renal aguda (cr 2,97 mg/dL) e proteinúria nefrótica (3,9 g/g), com hipoalbuminemia e NT-proBNP marcadamente elevado.

O estudo de eletroforese de proteínas revelou gamapatia monoclonal com elevação de cadeias leves livres confirmado por imunofixação sérica e urinária. Realizado mielograma com identificação de cadeias leves kappa com fenótipo MM-like.

A TC toraco-abdomino-pélvica evidenciou heterogeneidade medular sugestiva de infiltração. O ecocardiograma mostrou disfunção sistólica moderada (FEVE 40–45%). O cintigrama ósseo foi negativo para lesões líticas e a PET com ^{11}C -PiB não demonstrou captação cardíaca sugestiva de amiloidose AL.

A biópsia renal revelou padrão de glomerulonefrite membranoproliferativa com imunofluorescência compatível com doença de depósitos de cadeias leves livres-kappa. Iniciou terapêutica com dara-vcd, com boa resposta hematológica, mas manteve agravamento da função renal, encontrando-se atualmente em diálise.

Discussão: Este caso destaca a DDCL como causa rara de síndrome constitucional com envolvimento sistémico. A suspeita clínica motivada pela presença de cadeias leves livres e síndrome nefrótica permitiu uma investigação dirigida, sendo a biópsia renal determinante para o diagnóstico. O reconhecimento precoce desta apresentação é essencial para diagnóstico oportuno e subsequente atraso de progressão da doença/deposição.

PO 475

MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES: IMPORTÂNCIA DA CONFIRMAÇÃO HISTOLÓGICA

Mariana Santos; Ana Filipa Fernandes; Patrícia Dias; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O aparecimento de múltiplos nódulos pulmonares é frequentemente interpretado como metastização de uma neoplasia previamente conhecida. Contudo, a existência de uma neoplasia não exclui a possibilidade de um novo tumor primário. O meningioma anaplásico é uma neoplasia rara do SNC, correspondendo a menos de 3% dos meningiomas e caracteriza-se por crescimento agressivo, elevada taxa de recorrência e possibilidade de metastização, principalmente para o pulmão.

Caso clínico: Homem, 69 anos, recorreu ao SU por quadro com um mês de evolução de tosse produtiva e dispneia para pequenos esforços. Negou febre, dor torácica, suores noturnos, perda ponderal e outras queixas sistêmicas. Antecedentes de meningioma anaplásico frontal (submetido a resseção cirúrgica com posterior recidiva parassagital, submetido a nova resseção cirúrgica e radioterapia adjuvante), HTA, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, DPOC e SAOS. Ao exame Objetivo no SU encontrava-se hemodinamicamente estável em ar ambiente, com saturações periféricas de oxigénio de 94% e sem alterações gasimétricas, nomeadamente hipoxémia. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica. A radiografia do tórax revelou múltiplas opacidades nodulares bilaterais arredondadas, configurando padrão em “larga-da-de-balões”, achado não presente 3 meses antes. Foi internado para estudo etiológico. No internamento a TC tórax, abdómen e pélvis demonstrou lesões nodulares no parênquima pulmonar sugestivas de metastização difusa, embora a lesão de maiores dimensões visualizada no lobo inferior esquerdo, não se pudesse excluir como lesão primitiva. Realizou broncofibroscopia com colheita de aspirado brônquico e biópsias endobrônquicas. O exame anatomopatológico revelou um tumor neuroendócrino, sem sugestão de origem, mas tendo em conta o estadiamento subsequente e a imagem da TC, assumiu-se tumor neuroendócrino de origem pulmonar, com metastização pulmonar e ganglionar difusas, não relacionada com o meningioma previamente tratado.

Discussão: Este caso ilustra a importância de não assumir metastização da neoplasia previamente conhecida. Os tumores neuroendócrinos pulmonares podem apresentar-se com doença disseminada ao diagnóstico e mimetizar radiologicamente metastização de outras neoplasias. A confirmação histológica é essencial nestes casos.

PO 476

O ABDÓMEN COMO PRIMEIRA PISTA: EMBOLIZAÇÃO VISCERAL REVELANDO FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Adriana Almeida; Sofia Festa; Isabel Novo; Filipa Guedes; Bernardo Silvério; Paulo Bandeira

Unidade Local de Saúde do Médio Ave

Introdução: A fibrilhação auricular constitui uma causa frequente de eventos tromboembólicos sistêmicos. Embora o envolvimento cerebral seja a manifestação mais comum, a embolização visceral é rara e pode constituir um desafio diagnóstico, sobretudo em doentes idosos com apresentação clínica inespecífica.

Caso clínico: Mulher de 86 anos, autônoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada associada a estenose aórtica grave tendo recusado intervenção valvular. Foi trazida ao serviço de urgência por prostração, diminuição de força e redução da autonomia funcional com cerca de 24 horas de evolução. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável, sem febre ou sinais focais evidentes, destacando-se palidez cutânea e distensão abdominal ligeira. Durante o estudo etiológico foram identificados, em tomografia computadorizada, enfartes esplênicos e renais sugestivos de embolização sistémica. A investigação subsequente permitiu documentar fibrilhação auricular previamente não diagnosticada, assumida como provável origem cardioembólica, tendo sido iniciada hipocoagulação. A evolução clínica foi complicada por distensão abdominal progressiva, associada a distúrbios hidroeletrólíticos significativos, nomeadamente hiponatremia euolémica hipo-osmolar, hipocalcémia e hipocaliémia de difícil correção. A tomografia computadorizada excluiu obstrução mecânica, sendo estabelecido o diagnóstico de pseudo-obstrução aguda do colon, tendo sido necessário administração de neostigmina, com resolução progressiva da distensão abdominal e melhoria clínica subsequente.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de fibrilhação auricular através de embolização visceral múltipla. Em doentes idosos com sintomas inespecíficos, a identificação de enfartes esplênicos ou renais deve levantar suspeita de origem cardioembólica. Destaca-se ainda a complexidade da gestão clínica perante complicações associadas, como distúrbios hidroeletrólíticos significativos e a síndrome de Ogilvie.

PO 477

VASCULITE ANCA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Patrícia Freitas¹; Ana Lisa Lima¹; Natália Pires¹; Carla Maravilha¹; Tomás Bragança Ribau²; Cátia Teixeira Cunha¹

¹Hospital Pedro Hispano; ²Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução: As vasculites ANCA são uma causa importante de glomerulonefrite pauci-imune e podem apresentar-se com lesão renal aguda, hematúria microscó-

pica e inflamação sistêmica, mesmo com apresentação clínica pouco exuberante, exigindo confirmação e tratamento precoces para preservar a função renal.

Caso clínico: Homem, 76 anos, recorreu ao serviço de urgência por astenia e tosse seca. À admissão encontrava-se apirético, hemodinamicamente estável e com bom estado geral. A avaliação analítica revelou anemia normocítica normocrômica (Hb 9,8 g/dL), elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 139,6 mg/L) e lesão renal aguda (creatinina 2,9 mg/dL). O exame sumário de urina evidenciou eritrocitúria e ecografia renal mostrou aumento da ecogenicidade do parênquima com perda da diferenciação córtico-medular. No serviço de urgência foi assumida infecção do trato urinário com desidratação e iniciou ceftriaxone e fluidoterapia. No internamento, face às alterações analíticas e à ausência de evidência de infecção urinária, reequacionaram-se as hipóteses diagnósticas. Perante disfunção renal e inflamação significativas, com microbiologia sem isolamentos, ausência de leucocitúria e sem melhoria da função renal apesar de antibioterapia e hidratação endovenosa, foi realizado estudo imunológico, que revelou positividade para ANCA anti-MPO. Realizou biópsia renal, que demonstrou glomerulonefrite crescêntica pauci-imune, com crescentes fibrocelulares em 3/11 glomérulos, lesão tubular aguda ligeira e fibrose intersticial/atrofia tubular 20–30%; IF negativa. De salientar que o doente se manteve clinicamente pouco sintomático, com bom estado geral durante o internamento. Teve alta após pulsos de metilprednisolona, com plano de indução com rituximab.

Conclusão: A persistência de disfunção renal e inflamação, associadas a hematúria microscópica, microbiologia negativa e ausência de resposta ao tratamento instituído, devem motivar investigação de etiologia glomerular, mesmo quando a clínica é pouco exuberante. O caso reforça a importância de reavaliar no internamento as hipóteses diagnósticas formuladas na admissão, à luz da evolução e dos resultados disponíveis. A positividade para ANCA e a biópsia renal orientaram o diagnóstico e permitiram iniciar terapêutica de indução atempadamente.

PO 478

TRANSFORMAÇÃO HEMORRÁGICA TARDIA COMO COMPLICAÇÃO DE AVC ISQUÉMICO

Carolina De Melo Marçal; Clara Pinto;
Margarida Midões Almeida; Ana Sofia Pimenta;
Ana Corte-Real; Susana Cavadas

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A transformação hemorrágica (TH) é uma complicação frequente do acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, podendo ser precoce ou tardia, esta última quando ocorre 24 horas após o evento. A incidência da TH tardia é de 9% no AVC de origem cardioembólica e de 24% nos restantes.

Segundo a classificação ECASS II, a TH subdivide-se em petequial e hematoma parenquimatoso. Este último pode ser inferior (PH1) ou superior a 30% (PH2) da área isquémica, com efeito de massa significativo.

Caso clínico: Homem, 62 anos, autónomo, antecedentes de dislipidemia, pré-diabetes e consumo de 18g álcool/dia, recorre ao serviço de urgência (SU) por perda de força muscular e parestesias no hemicorpo esquerdo com 13 horas de evolução. À admissão, pontuava na escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) 8. Realizou AngioTC crânio encefálica (CE) que confirmou AVC isquémico com oclusão do segmento P2 da artéria cerebral posterior direita. Sem indicação para terapêutica reperfusora. Iniciou antiagregação simples e estatina de alta potência. TOAST ESUS (Embolic Stroke of Undetermined Source). À alta, NIHSS 8. Recuperou o status funcional. Regressa ao SU, após seis semanas, por crise convulsiva. Ao exame Objetivo com lentificação psicomotora, desorientação temporal, força muscular grau 3 no membro superior esquerdo e restantes défices sobreponíveis (NIHSS 9). Sem alterações analíticas, nomeadamente da coagulação. TC-CE mostrou TH tardia (PH2) no território isquémico. Suspendeu antiagregação e hipocoagulação. Repetiu TC-CE em D6 e D8 pós-evento com evolução para fase subaguda do componente hemorrágico e menor efeito de massa, tendo reiniciado antiagregação e hipocoagulação profilática. Manteve estabilidade dos défices neurológicos.

Conclusão: A TH é maioritariamente precoce e assintomática, contudo pode ocorrer de forma tardia e associar-se a deterioração neurológica, como este caso pretende demonstrar.

PO 479

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR E ADENOPATIA DE VIRCHOW: DOIS CLÁSSICOS, UMA DOENÇA

Mafalda Mateus Rola¹; Mariana Lança De Oliveira²;
Telma Costa Cabral²; Pedro Moules²; Isménia De Oliveira²;
Fernando Martos Gonçalves²

¹IPO Lisboa; ²ULS Loures-Odivelas; Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A síndrome de compressão medular (SCM) é uma emergência oncológica, geralmente secundária a metástases vertebrais. A incidência varia conforme a neoplasia primária, sendo mais frequente nos tumores da mama, próstata e pulmão. O carcinoma de células claras do rim tem propensão para metastização óssea, podendo raramente manifestar-se inicialmente por SCM. **Caso clínico:** Homem, 78 anos, ECOG 0, antecedentes de litíase renal e hematúria intermitente, ex-fumador (12 UMA), negava toma de medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica e dorsal; angio-TC torácica e ecografia renal sem alterações relevantes. Dez dias depois regressou por paraparesia com cinco dias de evolução, retenção urinária e incon-

tinência fecal. Ao exame observava-se adenopatia de Virchow. Neurologicamente apresentava ao nível dos membros inferiores força 1/5 à direita e 0/5 à esquerda, hipoestesia bilateral e hiperreflexia rotuliana.

A TC dorso-lombar evidenciou lesões líticas em D4–D8, com ruptura cortical e componente de partes moles, compatíveis com metastização e compressão medular. Foi submetido a descompressão cirúrgica com biópsia vertebral. A TC abdomino-pélvica revelou lesão renal esquerda e metastização hepática e óssea ao nível dos arcos costais. Tendo sido excluídas lesões ao nível do trato gastrointestinal. O exame histológico confirmou metástases de carcinoma de células claras.

Discussão: A SCM pode constituir manifestação inaural de neoplasia em até 20% dos casos. O carcinoma de células claras apresenta tendência para metastização óssea e envolvimento vertebral. A adenopatia de Virchow é incomum no carcinoma renal. A coexistência destas duas manifestações como apresentação inicial é rara. Este caso reforça a necessidade de um exame Objetivo completo e cuidado, determinante para o prognóstico e orientação terapêutica.

PO 480

CATATONIA – CAUSA OU CONSEQUÊNCIA DE HIPONATRÊMIA?

Tetiana Shara; João Matoso; Conceição Escarigo
Hospital Garcia de Orta, EPE

A catatonia é uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por perturbações motoras, de comportamento ou de volição. Historicamente está descrita na sequência de doença psiquiátrica grave, no entanto, estudos recentes descrevem quadros de catatonia associada a quadros neurológicos, metabólicos ou mesmo no doente crítico.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 54 anos, autónomo, que recorreu ao serviço de urgência após queda da própria altura e sensação inespecífica de mal-estar. Descrevia jejum prolongado por motivos religiosos, tendo ingerido apenas pão e água nos últimos dias. Dos antecedentes pessoais destacam-se síndrome depressivo, ansiedade e hipertensão arterial. Medicado com anti-hipertensor, alprazolam e automedicado com terapêutica laxante (glicerina). Do estudo analítico realizado destacou-se hiponatremia grave de (121mmol/L) que motivou internamento, admitindo como causa o jejum prolongado. Nos primeiros dias de internamento, instalou-se alteração do estado de consciência com prostração e mutismo, tendo sido presenciada uma crise convulsiva tónico-clónica isolada. Realizou TC cranioencefálica que não revelou alterações estruturais. Iniciou correção da natremia gradualmente até níveis normais, mantendo alteração do comportamento manifesta por mutismo e recusa alimentar. Foi avaliado pela psiquiatria que interpretou o quadro como possível catatonia tendo sugerido prova terapêutica com benzodiazepinas.

Após início de diazepam verificou-se melhoria progressiva do estado clínico.

Em suma, este caso evidencia a importância de considerar causas psiquiátricas em doentes com alterações comportamentais, reforçando a necessidade de avaliação multidisciplinar precoce e intervenção adequada para otimizar o prognóstico clínico.

PO 481

VASCULITE ANCA-MPO POSITIVA COM ENVOLVIMENTO RENAL

Pedro Acuña Rosa

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Introdução: As vasculites de pequenos vasos são doenças multissistémicas raras, cujo diagnóstico pode ser desafiante, frequentemente dependente de biópsia do órgão afetado. A clínica é variada visto que virtualmente todos os sistemas podem ser implicados, nomeadamente respiratório, cutâneo e renal. O envolvimento gastrointestinal e sistema nervoso central (SNC) são descritos na literatura mas de ocorrência rara.

Caso clínico: Homem de 53 anos, autónomo, com antecedentes de epilepsia e tabagismo de 30 unidades maço-ano (UMA). Recorreu ao serviço de urgência por duas crises convulsivas apesar de boa adesão terapêutica e perda ponderal >10% nos últimos 2 meses. Encontrava-se em seguimento em consulta por espessamento gástrico em TAC abdominal, aguardando endoscopia digestiva alta. Ao exame Objetivo apresentava lentificação psicomotora, caquexia e baquetamento digital. Analiticamente com anemia microcítica hipocrômica, eosinofilia e lesão renal aguda de novo.

Durante o internamento, perante elevação de parâmetros inflamatórios e PSA, iniciou ciprofloxacina por suspeita de prostatite aguda. Após conclusão da antibióterapia, manteve picos febris diários sem padrão temporal e persistência de elevação de PCR e VS. Neste contexto realizou: estudo microbiológico (uroculturas e hemoculturas em três ocasiões, negativas e serologias virais negativas), eletroforese das proteínas sem pico monoclonal, PET com marcação de cólon descendente e estudos endoscópicos que identificaram úlcera gástrica (biópsia sem características malignas) e adenoma tubular com displasia de baixo grau no cólon. Destacavam-se ainda urina tipo II com proteinúria e hematuria de novo e ANCA-MPO positivo, restante estudo imunológico sem alterações.

Por suspeita principal de granulomatose eosinofílica com poliangeite realizou biópsia renal e iniciou corticoterapia sistémica. Aguarda ressonância magnética e eletroencefalograma por suspeita de envolvimento do SNC.

Discussão: Este caso ilustra a apresentação complexa de uma doença incomum num doente com idade típica. À data, não é possível excluir envolvimento do SNC, manifestação descrita em cerca de 5% dos casos.

PO 482

ESPONDILODISCITE POR *CANDIDA GLABRATA*: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Pinheiro S.; Gisela Moreira Pinheiro; Sara de Sousa; Duarte Lima; Ana Patrícia Freitas; Natália Pires; Tomás Bragança Ribau; António Moreira Pinheiro; Teresina Amaro; Mário Bibi

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A espondilodiscite é uma infecção vertebral com incidência crescente, relacionada com o aumento da população suscetível e melhoria do diagnóstico. A forma fúngica é rara, habitualmente causada por *Candida albicans*, mas a *Candida glabrata* tem emergido como patógeno oportunista em doentes imunocomprometidos. Os principais fatores de risco são antibióticos de largo espectro, acessos venosos centrais e imunossupressão. Clinicamente, apresenta-se com dor lombar persistente e o diagnóstico é confirmado por biópsia óssea.

Caso clínico: Homem de 87 anos com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 com controlo glicémico inadequado, hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular e doença renal crónica. Internado por acidente vascular cerebral isquémico. Internamento prolongado por diversas infeções nosocomiais, incluindo urinárias com retenção urinária, e respiratória por vírus sincicial respiratório com sobreinfecção bacteriana, implicando antibioterapia de largo espectro e utilização de catéter vesical. Desenvolveu dor lombar insidiosa, refratária à analgesia, sem febre ou elevação significativa dos marcadores inflamatórios. Ressonância magnética revelou alterações sugestivas de espondilodiscite em D11-D12. Hemoculturas e biópsia óssea isolaram *Candida glabrata*. Iniciou fluconazol, posteriormente substituído por micafungina após teste de sensibilidade. Ao fim de 114 dias de terapêutica dirigida, sem controlo cirúrgico do foco infeccioso dada a fragilidade clínica, o doente acabou por falecer.

Discussão: Este caso realça a necessidade do elevado índice de suspeição clínica para espondilodiscite fúngica em doentes de risco com dor axial persistente, mesmo sem síndrome inflamatória sistémica. A abordagem multidisciplinar precoce e a prevenção, nomeadamente através da gestão adequada de antimicrobianos, dispositivos invasivos e controlo glicémico, são essenciais, dado o prognóstico reservado nestes doentes.

PO 483

DA FEBRE Q À LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA

João Leão Lopes; Beatriz Gamito Gonzaga; Carla Costa; Marta Pinto De Almeida; Nina Jancar; Joana Rosa Martins
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Febre Q, zoonose causada por *C. burnetii*, apresenta manifestações clínicas heterogéneas, desde formas assintomáticas até doença sistémica grave. A linfohistiocitose hemofagocítica (hlh) é uma complica-

ção rara que ocorre em 0,4% dos casos. Esta forma de apresentação é frequentemente sugestiva de doença linfoproliferativa ou autoimune, o que pode dificultar o reconhecimento da etiologia infecciosa subjacente.

Caso clínico: Mulher, 56 anos, residente em zona rural, com seguimento em consulta de Reumatologia por mialgias difusas e artralgias de ritmo inflamatório, migratórias e aditivas com cerca de ano de evolução. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre (39°C), exantema maculopapular não pruriginoso na zona do decote e dorso e agravamento das poliartralgias. Analiticamente com bicitopenia, hiperferritinemia grave (42.136 ng/mL), hipertrigliceridemia, citólise hepática, elevação de LDH e proteína C reactiva. Realizou TC abdominal que revelou adenopatias mediastínicas e abdominais e hepatoesplenomegalia ligeira. Pela presença dos achados supracitados, foi colocada a hipótese de HLH (HScore 208 pontos, probabilidade 88-93%). Prosseguiu-se estudo etiológico, nomeadamente com exclusão de etiologia infecciosa, sendo documentada a presença de serologia positiva para *C. burnetii*. Iniciou antibioterapia com doxiciclina, observando-se resolução completa do quadro.

Discussão: A infeção por *C. burnetii* justifica várias das manifestações observadas, nomeadamente febre, mialgias, poliartralgias, rash e citólise hepática, mas a coexistência de hiperferritinemia marcada, bicitopenia e esplenomegalia sugere uma resposta inflamatória exacerbada, levantando a hipótese de HLH concomitante. Este caso reforça a importância de considerar a Febre Q no diagnóstico diferencial de HLH, mesmo na ausência de contexto epidemiológico clássico, uma vez que, em até 60% dos casos, a transmissão pode ocorrer por aerossóis, sem exposição direta.

PO 484

DERMATOSE EXUBERANTE E PANCITOPÉNIA: INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA SUBJACENTE

Ana De Freitas; Filipa Costa Gomes; Teresa Fonseca; António Martins Baptista; Carolina António Santos
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A Acroqueratose Paraneoplásica, descrita inicialmente por André Bazex, estabelece uma associação entre lesões cutâneas semelhantes à psoríase e carcinoma de células escamosas de localização supra-diafragmática, transformando o quadro cutâneo num sinal de alerta precoce para uma patologia sistémica grave.

Caso clínico: Homem de 74 anos, saudável e não fumador, seguido na consulta de Dermatologia por dermatose eritemato-descamativa generalizada e pruriginosa, com descamação psoriasiforme do couro cabeludo, pápulas e placas confluentes no tronco e membros, associadas a hiperqueratose palmoplantar. Face a dúvida diagnóstica entre síndrome de Bazex e psoríase, reali-

zou biópsia cutânea compatível com eczema. Restante estudo: imunoglobulinas, serologias Vírus Hepatite C, Vírus Hepatite B e Vírus Imunodeficiência Humana e imunofenotipagem e imunofixação sérica e urinária sem alterações. Apresentou melhora das lesões com metotrexato e tratamento tópico. Três meses após o início do tratamento, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por cansaço e perda ponderal, associado ao reaparecimento das lesões palmoplantares, com alterações ungueais e pancitopenia analítica, motivando a suspensão do metotrexato e início de folinato de cálcio. Três semanas após a suspensão do metotrexato, regressa ao SU por cansaço, com anemia grave (Hb 6,2g/dL) e necessidade transfusional. Após revisão dos exames prévios, verificou-se bicitopenia flutuante já presente antes do início do metotrexato. Optou-se assim por realizar estudo medular, a demonstrar medula óssea hiper celular, sem desvio da relação mielóide /eritroide e sinais de mielodisplasia e tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, que revelou esplenomegalia e espessamento circunferencial da parede antro pilórica gástrica, sem adenomegalias significativas, a merecer estudo dirigido, que aguarda.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica das dermatoses paraneoplásicas e a necessidade de elevado índice de suspeição. Apesar de histologia inespecífica e melhora inicial com imunossupressão, a evolução clínica e as alterações hematológicas reforçaram a suspeita de doença sistêmica. A acroqueratose paraneoplásica de Bazex permanece um diagnóstico clínico que pode preceder e sinalizar neoplasias internas.

PO 485

DA SUSPEITA DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA À TUBERCULOSE PERITONEAL: UMA ABORDAGEM INTEGRADA

Beatriz Luís Lopes; Joana Ribeiro; Filipa Pedro; Tiago Alves; Ana Raquel Batista; Rita Serras Jorge
Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Introdução: A tuberculose peritoneal é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar, de apresentação insidiosa e inespecífica. O puerpério pode favorecer a reativação de infeções latentes, devido à reconstituição imunológica após parto, podendo favorecer quadros disseminados e paradoxais.

Caso: Mulher 22 anos, melanodérmica, no 1º mês pós-parto instrumentado, recorreu à urgência por febre (39,2°C), dor abdominal difusa e leucorreia fétida. Internada na ginecologia por suspeita doença inflamatória pélvica, iniciou antibioterapia com ceftriaxone, doxiciclina e metronidazol. Após quatro dias de febre persistente, leucopenia, anemia microcítica e proteína C reativa >20mg/dL, solicitada colaboração da Medicina Interna para prosseguir estudo. Urocultura, hemoculturas, estudo autoimune, pesquisa do vírus

imunodeficiência humana, hepatites viricas, serologias de citomegalovírus, herpes simplex, epstein-barr, parvovirus negativas. Interferon-Gamma Release Assay positivo. A tomografia toracoabdominopélvica revelou ascite e ausência de foco infeccioso evidente. Realizou-se paracentese diagnóstica: líquido ascítico (LA) turvo, com 3261 leucócitos (60% mononucleares), lactato desidrogenase elevado e atividade de adenosina deaminase de 62,9 U/L. Gradiente soro-ascite não compatível com hipertensão portal. Estes achados levantaram suspeita de tuberculose peritoneal. A cultura do LA foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando o diagnóstico. Foi iniciada terapêutica antibacilar com resolução da febre e melhora clínica e laboratorial progressiva.

Discussão: O diagnóstico de tuberculose peritoneal exige elevado grau de suspeição diante de uma ascite inexplicada em mulheres no pós-parto, especialmente oriundas de áreas endémicas ou com fatores de risco. Este caso salienta ainda o papel fundamental da Medicina Interna na abordagem precoce e estruturada de síndromes febris, na realização da paracentese, exame-chave no diagnóstico, e na articulação multidisciplinar que permitiu um diagnóstico atempado e terapêutica dirigida com sucesso.

PO 486

SÍNDROME SÉPTICO REFRATÁRIO À ANTIBIOTERAPIA: INFEÇÃO DISSEMINADA POR BCG

Tetiana Shara; João Matoso; Conceição Escarigo
Hospital Garcia de Orta, EPE

A abordagem do doente com síndrome séptica ou febre persistente sem foco identificado é um verdadeiro desafio diagnóstico, sobretudo quando não há resposta à antibioterapia empírica. Em doentes com antecedentes de imunoterapia

intravesical com *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG), deve ser considerada, embora rara, a possibilidade de infeção disseminada por *Mycobacterium bovis*.

Apresentamos o caso de um homem de 79 anos, autônomo, com antecedentes de carcinoma da bexiga, sem invasão da lâmina própria ou muscular, submetido a ressecção transuretral vesical e seguido de imunoterapia intravesical com BCG. Antecedentes adicionais de hipertensão arterial e dislipidemia, medicado com anti-hipertensor e estatina. Recorreu ao serviço de urgência por prostração, vômitos, tosse e hipotensão. À admissão apresentava-se sonolento, hipotenso, taquicárdico, febril e dessaturado. A gasometria revelou alcalose respiratória com hipocapnia e hiperlactacidemia, associadas a hiponatremia e hipocaliemia. Analiticamente, leucopenia, alterações da função renal e hepática, elevação da PCR. A radiografia torácica mostrou hipotransparência no lobo inferior direito; TC torácica revelou nódulos pulmonares bilaterais e consolidações posteriores, com atelectasias. Evoluiu

para choque séptico com disfunção multiorgânica, internado em cuidados intensivos, com suporte vasopressor, corticoterapia e antibioterapia empírica (piperacilina-tazobactam, claritromicina), com melhora inicial. Ao sétimo dia verificou-se novo pico febril persistente, sem foco identificado e sem resposta à escalada antibiótica (Vancomicina e Meropenem). Perante a história de imunoterapia com BCG, colocou-se a hipótese de infecção disseminada por *M. bovis*, posteriormente confirmada. Foi iniciada terapêutica antibacteriana dirigida, com melhora clínica significativa. Este caso reforça a importância de suspeitar de infecção por BCG em síndrome séptica refratária, especialmente em doentes com historial de imunoterapia intravesical.

PO 487

COMPLICAÇÃO RARA DE UM PROCEDIMENTO COMUM

Ana Raquel Figueiredo; Sara Sá; Sara Ferreira;
Lília Castelo Branco; Cristiana Batouxas; Elisabete Pinelo;
Eugénia Madureira
ULS Nordeste

Introdução: O edema pulmonar de reexpansão (EPR) é uma complicação rara e potencialmente grave que ocorre após drenagem de ar ou líquido de um pulmão previamente colapsado. A fisiopatologia envolve aumento da permeabilidade capilar e resposta inflamatória local, culminando em edema pulmonar agudo, com tosse, dispneia e insuficiência respiratória. Embora descrito sobretudo em pneumotórax ou derrames pleurais de outras etiologias, pode ocorrer em doentes com hidrotórax hepático (HH). O HH ocorre em cerca de 5–10% dos doentes com doença hepática crónica (DHC) e hipertensão portal (HP), representando cerca de 2% dos derrames pleurais. Resulta da passagem de líquido ascítico para a cavidade pleural através de defeitos diafragmáticos, favorecida por gradiente de pressão intratorácica negativo. O tratamento inclui otimização da terapêutica médica, toracocentese, pleurodese ou drenagem pleural de longa duração.

Caso clínico: Homem, 67 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, adenocarcinoma da próstata e DHC avançada associada a perturbação do uso de álcool (Child-Pugh B8; MELD-Na 20), com HP clinicamente significativa, esplenomegalia e trombocitopenia. Perante derrame pleural direito de grande volume, sem ascite significativa, realizou toracocentese evacuadora e diagnóstica, com drenagem de 1400 mL de líquido pleural compatível com HH. Rx de controlo sem complicações. Duas horas após a alta foi ao serviço de urgência por dispneia, tosse e toracalgia. Estava, normotenso, taquicárdico e com SpO₂ 92% em ar ambiente; na gasometria: insuficiência respiratória hipoxémica. Na TC torácica: pequeno derrame pleural direito e extensos infiltrados em vidro despolido no pulmão direito. Optou-se por tratamento conservador e

de suporte, com evolução clínica favorável e sem necessidade de ventilação mecânica, tendo alta ao 10.º dia de internamento.

Conclusão: O EPR é uma complicação rara da toracocentese, mais frequentemente descrita após drenagens >1,5 L. Nos doentes com DHC e HH, a hipoalbuminemia e alterações da permeabilidade vascular podem aumentar a suscetibilidade e a gravidade do quadro. O reconhecimento precoce e tratamento de suporte são fundamentais para reduzir a morbimortalidade. Este caso ilustra uma apresentação pouco frequente e documenta alterações imagiológicas típicas.

PO 488

EDEMA PULMONAR EM FLASH – UM A CAUSA RENAL

Cristiana Malhó¹; Ana Rita Ramos²; Ana Isabel Ribeiro¹;
Lueji Aminata Gumbé¹; Joana Filipe Leite¹; Marisa Roldão²;
Paulo Santos²

¹ULS Região de Leiria; ²Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Edema pulmonar em flash caracteriza-se pelo início súbito de dispneia com insuficiência respiratória grave hipoxémica, por congestão pulmonar, ocorrendo em minutos, acompanhado por hipertensão arterial. O quadro é potencialmente fatal. Fisiopatologicamente, caracteriza-se pelo aumento abrupto da pressão hidrostática nos capilares pulmonares. A causa mais comum deve-se a disfunção cardíaca, mas pode também ser associada à estenose renal bilateral.

Mulher 87 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de hipertensão de difícil controlo e um quadro recente de disfunção renal e edemas periféricos. Dá entrada no serviço de urgência com quadro de edema agudo pulmonar, com dispneia marcada e hipertensão arterial (TA 190/90mmHg). Analiticamente com creatinina 2,5mg/dL, péptido natriurético B 17000pg/mL. Tomografia computadorizada (TC) torácica após terapêutica aguda: “derrame pleural bilateral, moderado à direita e pequeno à esquerda. Incipiente vidro despolido peri-hilar com incipiente espessamento septal subpleural posterior, em relação provável com a informação de edema. Ligeira/moderada cardiomegalia.” Inicialmente tratada com medidas médicas com boa resposta.

Evolução para anúria, voltando a fazer vários episódios de edema agudo do pulmão em flash, tendo iniciado técnica de substituição renal, por sobrecarga hidrossalina. Realizou TC abdominopélvica com contraste: “Rins de normal topografia morfologia e dimensões. Sem ectasia pielocalicial. Estenose da aorta ao nível da emergência das artérias renais com extensa aterosclerose avaliado em cerca de 50% de redução do calibre da aorta abdominal. Associa-se hipodensidade que preenche a origem e segmento proximal de ambas as artérias renais, em relação com oclusão na origem da artéria renal direita com cerca de 10 mm de extensão e na origem da artéria renal esquerda com cerca de 18 mm de extensão.

A doente não teria condições para intervenção cirúrgica, ficando dependente de técnica dialítica. Iniciado um ARA para cessar a vasoconstrição da artéria renal aferente. O edema agudo pulmonar em flash é uma emergência e que pode recorrer múltiplas vezes até se encontrar a causa. A estenose renal bilateral é uma causa a ponderar, que se não for reconhecida e intervencionada a tempo poderá levar a necessidade permanente de hemodiálise.

PO 489

ABCESSOS HEPÁTICOS MÚLTIPLOS E TROMBOSE SUPRA-HEPÁTICA SÉPTICA COMO MANIFESTAÇÃO DE LESÃO COLORRETAL

João Barrigó; Maria Luisa Corraliza; Sandra Lucas; Maria de Belém Coelho; Luisa Rebocho
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

O abscesso hepático piogénico sem foco biliar identificado deve motivar investigação etiológica sistemática. A patologia colorretal constitui uma causa reconhecida de disseminação portal e pode apresentar-se de forma insidiosa.

Mulher de 58 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo, admitida por febre com duas semanas de evolução e dor lombar direita com irradiação ao hipocôndrio direito. Analiticamente apresentava anemia normocítica, neutrofilia, padrão colestatístico e marcadores inflamatórios elevados. A tomografia abdominopélvica revelou três lesões hepáticas com centro líquido no lobo direito e trombose de ramo da veia supra-hepática direita. A ressonância magnética confirmou abscessos hepáticos em organização (maior 17 mm) e trombose segmentar coincidente com o território das lesões, compatível com tromboflebite séptica. Iniciou ceftriaxona e metronidazol, com melhoria clínica; por agranulocitose progressiva, suspeita de toxicidade ao metronidazol, foi substituído por piperacilina/tazobactam para completar 6 semanas. O estudo excluiu endocardite e patologia biliar. A colonoscopia identificou múltiplos pólipos e volumosa lesão vilosa sigmoideia de 35 mm, friável e de base ampla, não passível de excisão endoscópica convencional. A biópsia revelou adenomas tubulares e vilosos com displasia de baixo grau. Observou-se resolução clínica e normalização inflamatória, mantendo seguimento para abordagem definitiva.

Perante um abscesso hepático sem causa biliar evidente, a pesquisa ativa de neoplasia colorretal é fundamental. Lesões vilosas extensas podem favorecer translocação bacteriana portal mesmo na ausência de carcinoma invasivo documentado. A trombose supra-hepática segmentar, coincidente com o território dos abscessos, é compatível com extensão inflamatória local. Este caso reforça a necessidade de incluir colonoscopia no algoritmo diagnóstico do abscesso hepático sem etiologia biliar.

PO 490

BACTERIÉMIA RECORRENTE POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS: UM FOCO VERTEBRAL INESPERADO

João Barrigó; Maria Luisa Corraliza; Inês Canha da Silva; Luisa Rebocho

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

A bacteriemia por *Streptococcus gallolyticus* associa-se classicamente a endocardite infecciosa e patologia colorretal. Contudo, podem ocorrer focos infecciosos à distância por disseminação hematogénea, cujo diagnóstico pode ser desafiante quando os sintomas são inespecíficos.

Homem de 68 anos, com doença hepática crónica de etiologia etanólica e diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada, recorreu ao serviço de urgência por prostração, cervicalgia e incapacidade para a marcha. À admissão apresentava febre, hipotensão relativa e hiperlactacidémia (4,9 mmol/L). O sedimento urinário revelou leucocitúria e nitritos positivos, tendo iniciado antibioterapia empírica por sépsis de provável origem urinária. A urocultura isolou *Staphylococcus aureus* meticilina-sensível e as hemoculturas identificaram *Streptococcus gallolyticus* ssp. *pasteurianus*, previamente isolado em episódio recente de bacteriemia. Apesar de melhoria clínica inicial, manteve cervicalgia persistente com irradiação para o membro superior direito. A ecocardiografia transtorácica e transesofágica não evidenciaram endocardite. A tomografia computadorizada da coluna foi inconclusiva. A ressonância magnética revelou alterações de D1 a D4 compatíveis com espondilodiscite associada a coleção epidural cervico-dorsal sugestiva de empiema epidural. Iniciou antibioterapia dirigida e imobilização cervical, com evolução clínica favorável. No estudo etiológico adicional realizou colonoscopia, que identificou múltiplos pólipos retais posteriormente excisados.

Este caso evidencia a complexidade diagnóstica da bacteriemia recorrente por *S. gallolyticus*. A persistência de dor axial sob antibioterapia deve motivar a exclusão de focos infecciosos vertebrais, mesmo quando a tomografia computadorizada é inconclusiva. Reforça-se ainda a necessidade de investigação sistemática de endocardite e patologia colorretal nestes doentes.

PO 491

VASCULITE DE PEQUENOS VASOS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE CÉLULAS T

Rute Andrade; Paula Rocha; Teresa Fonseca; Ana Júlia Pedro; António Martins Batista

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A vasculite cutânea de pequenos vasos associa-se frequentemente a infeções, fármacos ou doenças autoimunes. Mais raramente pode constituir manifestação paraneoplásica, sobretudo em neoplasias hematológicas.

Caso clínico: Homem de 84 anos, autônomo nas AVDs, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e doença coronária, recorreu ao serviço de urgência por erupção cutânea pruriginosa com três semanas de evolução. O quadro iniciou-se com lesões purpúricas nas regiões poplíteas e face interna dos joelhos, com posterior disseminação ao tronco e membros. Ao exame Objetivo apresentava adenopatias cervicais e supraclaviculares e lesões purpúricas disseminadas pelo tronco e membros, não desaparecendo à digitopressão, sem sinais inflamatórios articulares. Perante suspeita de vasculite cutânea inicialmente considerada farmacológica, pelo início recente de fármacos, foram suspensos os potencialmente implicados. Verificou-se, no entanto, agravamento das lesões cutâneas associado a prostração e artralguas da cintura escapular. Analiticamente destacava-se elevação dos marcadores inflamatórios, sem trombocitopenia ou alterações do sedimento urinário. O estudo imunológico revelou ANA e fator reumatoide positivos, com consumo de complemento (C4 diminuído), hipergamaglobulinemia policlonal e elevação da β 2-microglobulina. O estudo infeccioso (VIH, VHB, VHC e HTLV) foi negativo. A biópsia cutânea revelou vasculite leucocitoclástica de pequenos vasos. Durante o internamento foi realizada biópsia ganglionar, que revelou linfoma de células T periférico, não especificado. O doente foi referenciado para Hematologia, colocando-se a hipótese de vasculite cutânea como manifestação paraneoplásica da doença linfoproliferativa.

Discussão: As vasculites cutâneas podem constituir manifestações paraneoplásicas de neoplasias hematológicas, embora esta associação seja rara. No presente caso, a associação temporal entre vasculite leucocitoclástica e o diagnóstico subsequente de linfoma de células T periférico, após exclusão de causas infecciosas e farmacológicas, sugere possível mecanismo paraneoplásico. Este caso ilustra a importância de considerar etiologia neoplásica perante vasculite cutânea persistente ou atípica.

PO 492

PSEUDOTUMORES POR METALOSE APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA: UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Desirée Farinha; João Barroso; Claudia Abreu de Jesus; Mónica Reis; Luís Cuña
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: Os pseudotumores associados a metalose são complicações raras de artroplastias totais da anca, resultantes de reação inflamatória a detritos metálicos. Podem simular infeção ou neoplasia, constituindo um desafio diagnóstico, sobretudo na ausência de sinais inflamatórios locais ou alterações radiográficas evidentes.

Caso clínico: Homem de 85 anos, com antecedentes de artroplastia total bilateral da anca, admitido por

queda e vômitos após tramadol. À admissão apresentava hiponatremia grave, rabdomiólise e elevação de troponina, sem evidência de evento coronário agudo. Evoluiu com alteração do estado de consciência, necessitando de entubação e cuidados intensivos. Durante o internamento destacaram-se fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca descompensada e episódio de cistite nosocomial.

Por febre esporádica e PCR persistentemente elevada, realizou TC da anca que evidenciou múltiplas coleções periarticulares bilaterais, com envolvimento dos músculos psoas-íliacos e região glútea, inicialmente interpretadas como abscessos. Hemoculturas e uroculturas negativas; procacitonina $<0,02$ ng/mL. Observado por Ortopedia que excluiu sinais clínicos ou radiográficos de infeção ou mobilização protésica. A ausência de isolamento microbiológico e a melhoria inflamatória após suspensão antibiótica favoreceram o diagnóstico de pseudotumores por metalose. Teve alta clinicamente estável, orientado para realização de RM com técnica MARS.

Discussão: Os pseudotumores por metalose podem apresentar-se como massas ou coleções periarticulares tardias, mesmo anos após a artroplastia, frequentemente sem sinais locais exuberantes. A distinção entre infeção protésica e reação inflamatória é fundamental, implicando correlação clínica, imagiológica e laboratorial. Destaca-se a importância de considerar metalose no diagnóstico diferencial de coleções peri-protésicas, evitando antibioterapia prolongada desnecessária e permitindo adequada orientação ortopédica.

PO 493

PARA ALÉM DAS CAUSAS COMUNS: HEPATITE AUTOIMUNE NUMA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA DE EVOLUÇÃO RÁPIDA

Ana Sofia S Soares; Yu Wang; Inês Carvalho Santos; Liliia Savka; Ana Maria Baltazar; Nuno Reis Carreira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A hepatite autoimune é uma causa de doença hepática crónica (DHC), mais frequente em adultos jovens, com um segundo pico entre os 40 e 60 anos. Apesar de a doença alcoólica e a etiologia viral serem causas mais comuns de DHC, etiologias autoimunes devem ser consideradas, sobretudo quando a evolução clínica é rápida.

Caso clínico: Homem de 66 anos com diabetes mellitus insulinotratada e mau controlo metabólico, admitido por ascite tensa de novo associada a perda ponderal e sarcopenia. A ecografia revelou DHC e o FibroScan demonstrou rigidez hepática muito aumentada. Negava consumo alcoólico e apresentava serologias virais negativas. A eletroforese de proteínas evidenciou hiper-IgG e o estudo imunológico revelou anticorpos anti-dsDNA e anti-ASMA. A biópsia hepática confirmou hepatite autoimune, tendo iniciado corticoterapia e

azatioprina e sido referenciado para consulta de transplante hepático. Nos dois meses seguintes apresentou descompensações frequentes com encefalopatia hepática, sem hiperamonemia e ascite, necessitando de múltiplas paracenteses evacuadoras. No último internamento foi admitido por síndrome cardiorrenal tipo 1 refratária à terapêutica e suporte dialítico, evoluindo para síndrome hepatopulmonar tipo 1. Foi transferido para cuidados intensivos a aguardar transplante hepático urgente, vindo a falecer por falência multiorgânica. **Discussão:** Este caso evidencia a importância de investigar etiologias alternativas de DHC quando a causa não é evidente. Apesar da associação a adultos jovens, a hepatite autoimune pode surgir em idades mais avançadas e apresentar evolução agressiva, reforçando a necessidade de manter um diagnóstico diferencial alargado na DHC de etiologia incerta.

PO 494

DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE A PNEUMONIA NECROTIZANTE E TUBERCULOSE PULMONAR

Diogo Dias; Tiago Tavares De Almeida;
Alexandra Almeida Rodrigues; Mónica Teixeira; Rita Maciel;
Luís Andrade

ULS Entre Douro e Vouga

A pneumonia necrotizante constitui uma forma grave e rara de infeção respiratória. Caracteriza-se pela destruição tecidual pulmonar com formação de múltiplos focos necróticos e cavitações. Os agentes mais frequentemente envolvidos são *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, seguindo-se *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae* e bactérias anaeróbias. Em regiões com elevada prevalência de tuberculose, *Mycobacterium tuberculosis* pode ser um agente relevante sobretudo em doentes imunocomprometidos.

Relata-se o caso de um homem, 71 anos, antecedentes de asma, internado com o diagnóstico de choque séptico por pneumonia pneumocócica bilateral com disfunção cardiovascular e respiratória com necessidade de internamento em Cuidados Intensivos. Completou ciclo de 7 dias de amoxicilina/ácido clavulânico e 5 dias de azitromicina. Apresentou melhoria das disfunções tendo transitado para enfermaria de Medicina Interna com miopatia do doente crítico e disfagia grau 3. Durante internamento com aumento do volume e purulência de expetoração, recrudescimento de febre e parâmetros inflamatórios. Radiografia do tórax com persistência dos infiltrados, tendo iniciado empiricamente piperacilina/tazobactam que completou durante 14 dias com melhoria clínica e analítica, com estudos microbiológicos negativos. Em D44 de internamento com febre de novo e subida de PCR. Colheu novo rastreio séptico e iniciou empiricamente meropenem e vancomicina. TC tórax com extensas consolidações

parenquimatosas pulmonares bilaterais, múltiplas áreas de cavitação com componente gasoso e líquido no seio das consolidações, traduzindo pneumonia necrotizante. Exame cultural com pesquisa positiva B.A.A.R e PCR de *Mycobacterium tuberculosis* detetado em aspirado brônquico e lavado broncoalveolar. Assumida tuberculose pulmonar cavitada tendo iniciado tratamento com HRZE.

Este caso alerta para a importância do despiste de tuberculose latente nos doentes que não respondem ao tratamento convencional da pneumonia. O contexto de imunodepressão, decorrente não só da pneumonia pneumocócica inicial, mas também do internamento prolongado com miopatia do doente crítico terá sido provavelmente o gatilho para reativação de tuberculose latente, culminando num quadro atípico e grave de pneumonia necrotizante.

PO 495

PANCREATITE AGUDA GRAVE POR HIPERTRIGLICERIDÉMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Desirée Farinha; João Barroso; Cláudia Abreu de Jesus;
Mónica Reis; Luís Cuña

Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A hipertrigliceridémia grave (≥ 1000 mg/dL) é causa reconhecida de pancreatite aguda (PA), associando-se a formas potencialmente mais graves e recorrentes. A redução rápida dos triglicéridos (TG), nomeadamente com plasmaferese, pode ser determinante na abordagem inicial. Apresenta-se um caso de PA por hipertrigliceridémia complicada de necrose pancreática e extensas coleções retroperitoneais.

Caso clínico: Homem, 41 anos, antecedentes de três episódios prévios de PA por hipertrigliceridémia grave desde 2023, dislipidémia mista, tabagismo activo (20 UMA) e etilismo moderado, medicado com atorvastatina 40 mg e fenofibrato 267 mg. Admitido por dor abdominal em cinturão. À admissão: dor à palpação dos quadrantes superiores, leucocitose ($21000/\mu\text{L}$, 78% neutrófilos), PCR 40,52 mg/dL, amilase 446 U/L, lipase 655 U/L, colesterol 524 mg/dL e TG 11041 mg/dL.

TC abdomino-pélvica a admissão revelou pancreatite aguda intersticial com colecção peripancreática, sem necrose. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos para realização de plasmaferese, verificando-se redução de TG para 405 mg/dL. Evolução imagiológica posterior revelou área de necrose no corpo pancreático (4,3x2,3 cm), volumosas coleções retroperitoneais e derrame pleural esquerdo. Foi realizada drenagem percutânea de colecção peripancreática com conteúdo hemático estéril. Hemoculturas e exames bacteriológicos negativos. Evoluiu favoravelmente, com redução progressiva das coleções e estabilização clínica, tendo alta com seguimento em Medicina e Gastroenterologia.

Discussão: A PA por hipertrigliceridémia pode cur-

sar com valores extremos de TG e evolução grave, incluindo necrose e complicações locorregionais. A plasmaferese permitiu redução rápida dos TG, associando-se a melhoria clínica. Destaca-se a importância do reconhecimento precoce desta etiologia, da abordagem multidisciplinar e da otimização terapêutica a longo prazo para prevenção de recorrências.

PO 496

ENVOLVIMENTO MIOCÁRDICO NUMA SÍNDROME ANTISINTETASE COM ANTICORPO ANTI-EJ

Margarida J Marcelino; Leonel Costa Santos; Vasco Leonardo; Antony Dionísio; Pedro Neves Ferreira; Ana Lynce

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A Síndrome antissintetase (SAS) é uma miopatia inflamatória rara que afeta sobretudo mulheres acima dos 40 anos. Manifesta-se por miosite, artrite, doença intersticial pulmonar (DIP), febre, fenómeno de Raynaud e mãos de mecânico. Dada a raridade da positividade para o anticorpo anti-EJ, os dados sobre a apresentação fenotípica e gravidade neste subgrupo são limitados. O envolvimento miocárdico na SAS é raro e um fator de mau prognóstico.

Caso clínico: Mulher, 70 anos, internada por febre, perda ponderal, intolerância ao esforço, rash eritematoso, mialgias e fraqueza muscular, com 1 mês de evolução. Averigou-se, desde há 1 ano, fenómeno de Raynaud, úlceras digitais e poliartralgias inflamatórias. Objetivada febre, fervores bilaterais, edema dos membros inferiores, diminuição da força muscular proximal simétrica nos membros superiores (3/5) e inferiores (4/5), exantema heliotropo e pápulas de Grotton. O estudo analítico revelou anemia normocrômica, rabdomiólise (AST 183U/L, ALT 147 U/L, CK 5953 U/L, LDH 982 U/L, mioglobina 2065 ug/L), elevação do NTpro-BNP (1360 pg/mL) e da Troponina T (797 ng/L), sem alterações eletrocardiográficas. A ressonância magnética (RM) das coxas e o electromiograma dos membros inferiores confirmaram miopatia inflamatória. A biópsia muscular não foi conclusiva. No estudo da autoimunidade, anticorpos antinucleares 1/160 e positividade para anti-SSA, anti-Ro52 e anti-EJ. A tomografia computadorizada do tórax relevou DIP. Realizou ecocardiograma transtorácico, sem alterações, e RM cardíaca com realce tardio subepicárdico e edema miocárdico, cumprindo critérios de miocardite aguda. Iniciou pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina endovenosa. Perante resposta inadequada, instituíram-se múltiplas terapêuticas imunossupressoras, sem alcançar o controlo da doença. A doente faleceu por infeção oportunista, apesar das profilaxias implementadas.

Discussão: Relata-se um caso de SAS com anticorpo anti-EJ positivo associado a envolvimento pulmonar e cardíaco, uma apresentação grave com pior prognóstico. A escassez de evidência nesta subpopulação realça a necessidade de investigação adicional

e definição de protocolos terapêuticos adequados que permitam a instituição atempada de terapêutica imunossupressora eficaz na redução da morbimortalidade.

PO 497

SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA: DE MIOSITE A MIOCARDITE

Estefania Lima Rodrigues; Alexandra Agostinho; Ana de Carmo Campos

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Introdução: A síndrome hipereosinofílica (HES) caracteriza-se por hipereosinofilia persistente associada a infiltração tecidual, podendo causar lesão multissistémica. O envolvimento muscular e cardíaco constitui uma manifestação potencialmente grave, resultante da ação citotóxica dos eosinófilos sobre as fibras musculares e miocárdio. A apresentação clínica é heterogênea, tornando o reconhecimento precoce fundamental para prevenir dano orgânico progressivo.

Caso: Mulher de 65 anos, com antecedentes de colangite esclerosante primária e artrite reumatoide sob tocilizumab, em desmame de corticoterapia, apresentou dois episódios nos últimos seis meses caracterizados por mialgias intensas, dor abdominal, elevação marcada da creatinina quinase (máx. 3140 U/L), hipereosinofilia persistente (até 2400/ μ L) e troponina T elevada (máx. 643 ng/L). Ambos os episódios ocorreram após maior esforço físico e redução de corticoterapia, com melhoria clínica e laboratorial após a sua reintrodução. No primeiro episódio foram suspensos potenciais fármacos miotóxicos. O estudo revelou necrose muscular ativa no eletromiograma e hipertrofia septal esquerda no ecocardiograma transtorácico. O estudo autoimune, painel de miopatias, investigação infecciosa e parasitológica foram negativos. A TC toraco-abdomino-pélvica não revelou neoplasia e a cintigrafia corporal exclui amiloidose sistémica. Foi realizada biópsia muscular, a aguardar resultado.

Discussão: A recorrência de mialgias, elevação acentuada de CK, hipereosinofilia marcada e lesão miocárdica persistente sugere um processo inflamatório sistémico mediado por eosinófilos. Diagnósticos diferenciais como miopatia necrosante autoimune ou paramioidose familiar foram considerados, mas não explicam a hipereosinofilia marcada nem a recorrência dos episódios associados ao desmame de corticoterapia. O conjunto dos achados aponta mais fortemente para HES primária com envolvimento precoce muscular e cardíaco. A confirmação diagnóstica depende do resultado da biópsia muscular, determinante para a definição terapêutica.

PO 498**SYNCHRONOUS HIGH-GRADE B-CELL LYMPHOMA AND ENDOBRONCHIAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA: A CASE REPORT**

Giovanna Guida¹; Filipa Almeida Saraiva¹; Alexandru Babiciu¹; Rita Rosa Domingos¹; Ana Sara Monteiro¹; Mariana Rocha Afonso²

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro; ²ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introduction: Synchronous malignancies are two or more primary tumors diagnosed concurrently or within six months of each other. Although rare, with reported incidence rates ranging from 1.33% to 5.8% depending on the index tumor, their recognition has important diagnostic and therapeutic implications.

Case presentation: This case describes a socially frail 64-year-old man who lived alone in precarious housing. He had a 50 pack-year smoking history and consumed 12 units of alcohol per day. His presentation at the emergency was because of a right scrotal and lower limb swelling, which impaired his ability to walk. A physical exam revealed a palpable mass at least 15 cm, in the lower abdominal quadrants.

Contrast-enhanced CT exhibited a large retroperitoneal infiltrative mass (19 × 9 × 24 cm) involving the major vessels, the iliac vascular axes, with obliteration of the right iliac venous axis and associated ipsilateral thigh root edema. The mass obstructed the right ureter, resulting in upstream hydronephrosis. An irregular filling of the right main bronchus was noted.

Biopsy of the mass showed high-grade diffuse large B-cell lymphoma. A bronchoscopy identified a synchronous endobronchial squamous cell carcinoma obstructing 70% of the right main bronchus. PET scan showed extensive lymphomatous disease with bone, muscular and testicular involvement.

He developed acute kidney injury, chronic disease anemia and new-onset atrial fibrillation. Due to ECOG 3–4 status, social vulnerability and dual advanced malignancies, a multidisciplinary team opted for best supportive care. The patient later died with the support of palliative care.

Conclusion: This case reveals the complexity of managing synchronous aggressive hematologic and solid malignancies. Distinguishing multiple primary tumors from metastatic disease is essential, as staging, prognosis, and treatment differ substantially. Multidisciplinary evaluation is crucial to support appropriate diagnostic prioritization and individualized therapeutic decision-making.

PO 499**TUBERCULOSE RENAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Anita Campos; Ana Rita Moça; Fani Ribeiro; Raquel Santos; João Caldas; Inês Burmester

ULS Póvoa de Varzim e Vila do Conde

Relata-se o caso de um homem autónomo de 73 anos com infeções do trato urinário recorrentes, tratado com múltiplos antibióticos, e com culturas de urina persistentemente negativas. Apresentou-se no serviço de urgência com dois meses de febre intermitente e mal-estar generalizado, perda de peso, anorexia e disúria. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, subfebril (37,8°C), hemodinamicamente estável, sem alterações na palpação abdominal, linfadenopatias nem sinal de Murphy renal bilateralmente.

A investigação laboratorial revelou leucocitose, neutrofilia, proteína C reativa de 73,22 mg/dL, leucocitúria, nitritúria e áreas hipodensas mal delimitadas no polo inferior do rim direito de etiologia incerta em tomografia. O doente foi internado para investigação e tratamento. Apesar de se encontrar sob antibio-terapia eficaz de acordo com o antibiograma para uma *Klebsiella pneumoniae* identificada na urina, o doente mantinha febre. Foi realizada ressonância magnética abdominopélvica, que mostrou dismorfia e desorganização córtico-medular, com cavitações de conteúdo fluido e parede captante sugestivas de processo de piodrose crónica como tuberculose. O doente tinha história de contacto prévio com caso de tuberculose pulmonar e não havia feito tratamento de infeção latente, apesar de ter apresentado prova tuberculínica positiva aquando do rastreio de contactos. O exame direto micobacteriológico e a pesquisa de micobactérias por biologia molecular na urina foram negativos. A citologia urinária foi negativa para células malignas. Não foi possível realizar biópsia renal pela reduzida dimensão da lesão e riscos associados ao procedimento. Foi assumida uma tuberculose renal possível e iniciado tratamento antibacilar e suspensa a antibioterapia dirigida à *Klebsiella pneumoniae*. O doente evoluiu com apirexia e resolução dos sintomas urinários ao fim de uma semana e de forma mantida ao longo do seguimento.

Em reavaliação imagiológica apresentou involução da cavitação renal, sem aparentes complicações locais, pelos dois meses de tratamento. Os exames culturais de urina foram negativos. Apesar da ausência de confirmação microbiológica, pela imagiologia e resposta favorável ao tratamento, a tuberculose renal continua a ser a etiologia mais provável.

PO 500

DERRAME PERICÁRDICO NO PUERPÉRIO: UMA ETIOLOGIA ONCOLÓGICA INESPERADA

Rosa Sá; Barbara Fraga Campos; Beatriz Magalhães; Ana Sá;
Vanessa Palha; Narciso Oliveira

Unidade Local de Saúde de Braga

O derrame pericárdico no puerpério associa-se habitualmente a etiologias infecciosas, inflamatórias ou tromboembólicas, sendo a causa neoplásica rara, sobretudo como manifestação inaugural. Este caso reforça a necessidade de elevada suspeição clínica perante achados atípicos no período pós-parto.

Puérpera de 35 anos, natural de São Tomé e Príncipe, recorreu ao serviço de urgência por taquicardia persistente no pós-parto, sem dispneia, dor torácica ou outros sintomas associados. O quadro foi inicialmente interpretado como taquicardia supraventricular, com fraca resposta à adenosina. Perante a persistência dos sintomas, realizou tomografia computadorizada torácica, que evidenciou derrame pleural bilateral e volumoso derrame pericárdico. Foi transferida para unidade de cuidados intensivos para monitorização e investigação etiológica. Ao exame físico destacavam-se adenopatias supraclaviculares infracentimétricas e adenopatia axilar direita previamente conhecida. Analiticamente, não apresentava alterações relevantes, nomeadamente ausência de parâmetros sugestivos de infeção ou disfunção orgânica. O ecocardiograma confirmou derrame pericárdico significativo, tendo sido realizada pericardiocentese com drenagem de líquido hemático. O estudo microbiológico e autoimune foi negativo. A citologia revelou células neoplásicas. A investigação subsequente com tomografia toraco-abdomino-pélvica identificou nódulo na mama direita e lesão hepática suspeita. A ecografia mamária, seguida de biópsia percutânea, confirmou adenocarcinoma invasivo da mama. A doente foi referenciada à Oncologia Médica, assumindo-se doença em estadió avançado com metastização.

Este caso evidencia apresentação rara de neoplasia da mama no puerpério, manifestada por derrame pericárdico maligno. A ausência de sintomas típicos reforça o desafio diagnóstico e a importância de investigação sistemática perante derrame pericárdico significativo, permitindo diagnóstico atempado e adequada orientação multidisciplinar.

PO 501

AS RARAS LESÕES DE CAMERON

Ana De Oliveira Parreira; Marco Ramos; Filipa Cunha;
Alexandre Carvalho; Rita Pinto; Céu Rodrigues

Hospital de Braga

Introdução: As lesões de Cameron são úlceras lineares das pregas gástricas no colo das hérnias do hiato de grande dimensão. Encontradas em 3,3% dos doentes com hérnias do hiato, sendo que 12,8% correspondem a hérnias superiores a 5cm. Os sintomas associados

são astenia, anemia crónica e hemorragia digestiva. O diagnóstico é estabelecido por EDA e o tratamento é inicialmente médico, com IBP e suplementação de ferro. Casos refratários requerem tratamento cirúrgico. **Caso:** Sexo feminino, 50 anos, antecedentes de anemia ferropénica. À admissão, clinicamente com palidez cutânea, astenia, melenas e hematoquezias, com repercussão na hemoglobina traduzindo anemia com défice de ferro, com necessidade transfusional, e instabilidade hemodinâmica. Em contexto de serviço de urgência, realizada uma EDA que identificava duas exuberantes ulcerações lineares, cerca de 10 mm, com confluência distal, em aparente Esófago de Barrett circular, hérnia do hiato com 6 cm de extensão, já documentada previamente, sem lesões no saco herniário. Ausência de melhoria após suporte transfusional e terapêutica dirigida pelo que dias depois foi realizada nova EDA que acrescenta ao relato anterior esofagite de refluxo grau B e erosões de Cameron friáveis e com pequenos coágulos, sem hemorragia ativa, a nível de impressão diafragmática". Biópsias com distorção arquitetural, áreas de metaplasia intestinal com presença de células caliciformes e de córion com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, concluindo ser compatível com esófago de Barrett. Portanto, anemia sintomática com ponto de partida em hemorragia GI. Após avaliação por Gastrenterologia e por Cirurgia Geral, orientada para correção cirúrgica da hérnia diafragmática.

Conclusão: Este caso representa uma causa rara de hemorragia digestiva alta, contudo não negligenciável pela sua incidência principalmente em doentes com hérnias do hiato com comprimentos superiores a 5cm e pela gravidade clínica a que pode estar associada.

PO 502

FRAGILIDADE VASCULAR NA DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA – DISSEÇÃO AÓRTICA EM DOENTE JOVEM

Telma Costa Cabral; João Horta Antunes; André Santos;
Eurídice Espírito Santo; Isménia De Oliveira;
Fernando Martos Gonçalves

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD) associa-se a várias manifestações renais e extra-renais. A disseção da aorta é a patologia aórtica ameaçadora de vida mais frequente e ocorre com maior frequência nos doentes com DRPAD, em relação à população geral.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 36 anos, português, com antecedentes de hipertensão arterial, DRPAD e doença de Crohn. Recorreu ao serviço de urgência em Dezembro de 2025, por dor retroesternal, astenia, mialgias e febre. Evoluiu para paragem cardiorrespiratória com recuperação após 3 ciclos de suporte avançado de vida. A angiotomografia compu-

torizada (angio-TC) de tórax revelou disseção da aorta tipo A de Stanford, envolvendo a aorta ascendente, a aorta abdominal e ambas as artérias ilíacas comuns. O doente foi submetido a substituição emergente da aorta ascendente por prótese tubular, com evolução hemodinâmica favorável. No pós-operatório, após suspensão da sedação, desenvolve hemiplegia esquerda e desvio do olhar conjugado para a direita. A TC de crânio documentou acidente vascular cerebral isquémico no território da artéria cerebral média direita. O doente evolui desfavoravelmente com agravamento dos défices neurológicos, anisocoria com midríase esquerda e desvio conjugado do olhar para cima, objetivando-se uma extensão isquémica ao território da artéria cerebral posterior direita. De referir que, na TC de tórax realizada para controlo pós-operatório, identificou-se extensão do falso lúmen ao longo da artéria carótida comum direita, a contribuir para os eventos cerebrovasculares. O doente teve um internamento prolongado na unidade de cuidados intensivos motivado por complicações infecciosas e agravamento da função renal.

Discussão: Este é um caso que ilustra a fragilidade vascular sistémica associada à DRPAD, manifestando-se como disseção aórtica com uma apresentação catastrófica. A DRPAD deve ser considerada como fator de risco para disseção/aneurismas da aorta, reforçando a necessidade de uma vigilância mais apertada, principalmente em doentes hipertensos.

PO 503

QUANDO A MASSA PÉLVICA NÃO É GINECOLÓGICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Sofia S Soares; Inês Carvalho Santos; Liliia Savka; Pedro Gaspar; Ana Maria Baltazar; Nuno Reis Carreira
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: Massas pélvicas associadas a febre e síndrome constitucional colocam um amplo diagnóstico diferencial, incluindo neoplasias ginecológicas, tumores hematológicos e infeções. Em doentes com infeção por VIH, as doenças linfoproliferativas podem constituir manifestação inicial da infeção, exigindo rápida abordagem diagnóstica e terapêutica.

Caso clínico: Mulher de 32 anos é internada por dor abdominal, febre e perda ponderal de 15 kg com um mês de evolução. Analiticamente apresentava anemia microcítica, leucocitose ($15,9 \times 10^9/L$) com neutrofilia, lesão renal aguda KDIGO 3 e aumento dos parâmetros de colestase. A ecografia abdominal revelou massas pélvicas de etiologia indeterminada e nódulos hepáticos sugestivos de metastização. Durante o estudo etiológico, a serologia VIH-1 revelou primoinfeção com critérios de VIH estadio 3, tendo iniciado terapêutica antirretrovírica e profilaxia para *Pneumocystis*.

Por agravamento clínico grave com necessidade de suporte multiórgão, foi admitida em unidade de cuidados intensivos. Por ausência de diagnóstico histológico em

tempo útil e face à evolução rápida em doente com HIV e síndrome de lise tumoral espontânea, assumiu-se como etiologia mais provável doença linfoproliferativa associada ao VIH, tendo iniciado tratamento *life-saving* com quimioterapia. Apesar das medidas instituídas, persistiu agravamento clínico culminando no óbito após o início do tratamento. A biópsia veio a confirmar linfoma plasmablastico associado à infeção por VIH.

Discussão: Massas pélvicas acompanhadas de febre e síndrome constitucional levantam frequentemente a suspeita de patologia infecciosa ou hemato-oncológica. Doenças linfoproliferativas podem ser manifestação inicial de infeção por VIH, pelo que esta hipótese deve ser sempre considerada. Este caso ilustra a complexidade diagnóstica perante apresentações atípicas e a importância de reconhecer precocemente sinais sugestivos de linfoma agressivo, permitindo decisões terapêuticas urgentes mesmo antes da confirmação histológica.

PO 504

O ESTRANHO CASO DE UMA APARENTE GASTROENTERITE

Bárbara Pereira; Nelson Domingues; Paula Manuel; Luís Costa Matos; Ana Filipa Viegas; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (EGPA) é uma vasculite de pequenos/médios vasos, caracterizada por asma, rinite, pólipos nasais e eosinofilia periférica, podendo afetar qualquer sistema, dificultando o diagnóstico.

Caso: Homem, 49 anos, recorreu ao serviço de urgência - dejeções líquidas, febre com 3 dias de evolução, exantema micropapular pruriginoso na zona superior do tórax. Hipótese diagnóstica: gastroenterite, alta com ciprofloxacina. No dia seguinte: agravamento da dor abdominal com resolução das dejeções líquidas, odinofagia, progressão do exantema até à linha inframamária e petéquias nos membros inferiores. AP: seguido em Pneumologia (rinite e asma alérgica), em Imunoalergologia (episódios de repetição de sibilância, dispneia, prurido faríngeo cerca de 1h após ingestão de determinados alimentos), 3 EAM com reestenose de stent + IC de FE reduzida. Exame Objetivo: subferil, hiperemia lingual, objetivando-se o exantema e as petéquias.

Analiticamente, leucocitose com eosinofilia, coagulação normal, função renal e hepáticas normais, proteína C reativa de 6.66 e sumária de urina com leucocitúria.

Regressão das petéquias nos primeiros dias de internamento, impossibilitando biópsia cutânea. Leucocitose à custa de eosinofilia permanente, elevação da VS e IgE total, com IgA e complemento normal. Autoimunidade negativa. Biópsia confirmou esofagite, gastrite e colite eosinofílica. Queixas de congestão nasal e pressão/dor facial: TC seios nasais e foi observado por ORL que confirmou polipose nasal. Critérios de EULAR

2022: pontua 13 pontos, confirmando o diagnóstico de EGPA; 8 semanas de prednisolona 60mg, com resolução da eosinofilia e normalização da VS. Corticoterapia com titulação da dose de metotrexato. Agravamento recente de eosinofilia, com artralguas, foi proposto para terapêutica com anti-IL5 (benralizumab) Este caso visa destacar que o diagnóstico de EGPA é um desafio à apresentação clínica extremamente variável e sintomatologia inespecífica. Assim, é crucial estar alerta para este diagnóstico, a fim de iniciar precocemente uma terapêutica modificadora de prognóstico.

PO 505

AN UNUSUAL CULPRIT: ACUTE INTERSTITIAL PNEUMONIA SECONDARY TO ACITRETIN

Diogo Moura Rodrigues; João Domingues;
Catarina Alves Costa; José Moura De Meireles;
Margarida França

Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introduction: Acute interstitial pneumonia (AIP) due to drugs is a rapidly progressive condition, with diffuse alveolar damage, triggered frequently by methotrexate, amiodarone, or immune checkpoint inhibitors. Although uncommon, retinoids may be culprits, with isotretinoin and all-trans retinoic acid being the main agents. No single test confirms the diagnosis, making the temporal relationship between exposure and symptom onset, as well as improvement after drug discontinuation, the hallmarks of the disease.

Clinical case: A 62 year old man, with chronic obstructive lung disease, was admitted due to fluid loss related to erythroderma. Since psoriasis was considered the cause of the severe exfoliative dermatitis, acitretin was initiated. Although having a favorable skin response, on day 7 after starting the drug, he developed dyspnea, wheezing, and respiratory failure. He progressed with hard to treat bronchospasm, initially suspected of infectious origin. Besides bronchial hyperresponsiveness signs on auscultation, biphasic fine crackles were heard bilaterally. Given this as well as exclusion of infection, acute lung toxicity to retinoids was suspected. High resolution lung CT showed bilateral parenchymal consolidation areas, with diffuse ground-glass opacities. Acitretin was suspended and he was started on high dose systemic glucocorticoids, with quick clinical improvement. CT reevaluation 2 weeks later revealed almost complete resolution of the previous findings. He was eventually discharged with topical treatment for his dermatosis.

Discussion: This case was impactful due to the severe respiratory symptoms and hard to treat bronchospasm. First glances (mis)lead towards infection in a man with a chronic lung disease, but in the end pharmacological toxicities review was crucial. Retinoids are rare but possible culprits of lung toxicity, requiring a high degree of suspicion and swift discontinuation of the drug.

PO 506

SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Bárbara Pereira; Nelson Domingues; Paula Manuel;
Luís Costa Matos; Carolina D. Gonçalves; Edite Nascimento
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência hemato-oncológica. Resulta da lise maciça de células neoplásicas com libertação rápida de conteúdos intracelulares para o sangue, culminando com disfunção de órgão. Embora associada ao início de quimioterapia, principalmente em neoplasias com elevada taxa de proliferação, a SLT pode ocorrer na sua ausência, sendo SLT espontânea (SLTE).

Homem, 72 anos, autónomo, único antecedente de fibrilhação auricular sob anticoagulante oral; perda ponderal de 10kg e astenia, com cerca de 4 meses de evolução. No último mês, tosse, febre e sudorese noturna. Sem contexto epidemiológico.

Teste rápido de antígeno SARS-CoV-2 positivo; padrão colestatístico, elevação da LDH, PCR e da beta-2 microglobulina; hemoculturas negativas; eletroforese de proteínas séricas normal e estudo serológico sem alterações.

A tomografia computadorizada tóraco-abdomino-pélvica evidenciou múltiplas adenopatias supra e infra-diafragmáticas, com conglomerado adenopático intra-abdominal volumoso (bulky disease), esplenomegalia multinodular e pequeno derrame pleural esquerdo.

Doente internado para estudo, submetido a laparoscopia exploradora com biópsia ganglionar da pequena curvatura gástrica. Enquanto aguardava o resultado da imunofenotipagem, verificou-se evolução clínica desfavorável com desenvolvimento de síndrome de lise tumoral espontânea complicada por choque distributivo, motivando transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos e início de terapêutica de substituição renal por diálise contínua.

A imunofenotipagem revelou 41% de células B de maiores dimensões, clonais, com fenótipo sugestivo de Linfoma B Difuso de Grandes Células, CD10 negativo, compatível com neoplasia linfoproliferativa agressiva. O diagnóstico precoce da SLTE é desafiante no contexto de apresentação inicial de doença linfoproliferativa ainda não diagnosticada, podendo ser confundida com outras causas de deterioração clínica aguda, incluindo sépsis ou complicações infecciosas concomitantes. A identificação precoce dos fatores de risco, a implementação imediata de medidas terapêuticas adequadas e a célere abordagem multidisciplinar podem ser decisivas para o prognóstico e para a possibilidade de instituição subsequente de tratamento oncológico curativo ou de controlo de doença.

PO 507

ÁCIDO VALPRÓICO SUBCUTÂNEO: UMA FORMA SEGURA E EFICAZ DE TRATAR EPILEPSIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Sofia S Soares; Yu Wang; João Leão Lopes; Liliia Savka; Ana Maria Baltazar; Nuno Reis Carreira

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A epilepsia é uma complicação frequente em doentes com glioblastoma, podendo surgir ao diagnóstico ou ao longo da evolução da doença. Em fases avançadas, a deterioração do estado geral e a perda de acessos venosos ou da via oral dificultam a administração de terapêutica antiepilética, constituindo um desafio particular em cuidados paliativos.

Caso clínico: Homem de 82 anos com glioblastoma temporal esquerdo MGMT metilado, submetido a ressecção subtotal, radioterapia e seis ciclos de temozolomida. Um ano depois apresentou progressão de doença, tendo sido reirradiado. Posteriormente foi observado por agravamento progressivo do estado geral com três semanas de evolução, com quedas frequentes e recusa alimentar, associadas a obstipação e oligúria. À observação, encontrava-se vigil, sem comunicação verbal, com mioclonias esporádicas do membro superior esquerdo, parésia facial central esquerda e hemiplegia direita. A investigação excluiu infeção e distúrbios hidroeletrólitos. A RM cranioencefálica revelou lesão quística de novo e efeito de massa da lesão conhecida. Assumiu-se diagnóstico de crises convulsivas secundárias à doença neoplásica, iniciando dexametasona 8 mg/dia, levetiracetam 2 g/dia e lacosamida 200mg/dia. Perante perda de acessos venosos e impossibilidade de via oral, realizou-se *switch* para esquema *off-label* de ácido valpróico endovenoso por via subcutânea, sem necessidade de administração de midazolam em SOS, com resolução das mioclonias e controlo sintomático.

Discussão: As crises epiléticas ocorrem em 25–30% dos doentes com glioblastoma ao diagnóstico, podendo atingir até 56–68% ao longo da evolução. Em fases avançadas, o quadro consumptivo, disfagia e perda de acessos venosos dificultam a administração de antiepiléticos. Este caso evidencia a necessidade de desenvolver formulações subcutâneas e demonstra a utilidade do ácido valpróico por via subcutânea como alternativa *off-label* em contexto paliativo, permitindo controlar crises e priorizar o conforto no fim de vida.

PO 508

DOENÇA CELÍACA NO IDOSO: RECONHECER PARA DIAGNOSTICAR

Rosa Sá; Pedro Jordão De Freitas; Barbara Fraga Campos; Ana Ferreira; Maria João Costeira; Ana Isabel Oliveira
Unidade Local de Saúde de Braga

A doença celíaca (DC) é uma condição sistémica desencadeada pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente predispostos, manifestando-se como uma enteropatia autoimune associada à presença de autoanticorpos e aos haplótipos HLA-DQ2 ou HLA-DQ8. Afeta aproximadamente 1% da população, sendo frequentemente subdiagnosticada.

Mulher, 79 anos, encaminhada à consulta de Medicina Interna para investigação de perda ponderal. Durante a anamnese, referiu um biótipo magro ao longo da vida, mas uma perda de peso progressiva associada a episódios frequentes de diarreia. Mencionou que o seu filho tinha o diagnóstico de DC e que ela se sentia melhor ao seguir a dieta do mesmo. O estudo laboratorial revelou uma anemia microcítica e hipocrômica com défice de ferro e ácido fólico. A tomografia toracoabdominopélvica não evidenciou alterações significativas. A investigação complementar revelou positividade para anticorpos anti-glutadina, antitransglutaminase e antiendomísio. A endoscopia digestiva alta mostrou mucosa duodenal com padrão em calçada, e a histologia confirmou atrofia acentuada das vilosidades e hiperplasia críptica focal. Assim, foi estabelecido o diagnóstico de DC e a doente encaminhada para consulta de Gastrenterologia.

Este caso reforça a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente, perante um quadro clínico aparentemente constitucional. A anamnese detalhada, considerando os antecedentes familiares, a presença de anemia e sintomas gastrointestinais persistentes, permitiu um diagnóstico célere e preciso. Além disso, reforça a necessidade de incluir a DC no diagnóstico diferencial em idosos, contrariando a perceção de que se trata exclusivamente de uma doença de faixas etárias mais jovens.

PO 509

PNEUMOENCEFALIA COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA TORÁCICA: UMA CAUSA INVULGAR

Sara Sousa Ferreira; Élia Joana Pinto; Ana Raquel Figueiredo; Filipa Domingues; Cátia Pereira; Cristiana Batouxas; Eugénia Madureira
ULS Nordeste

Introdução: A pneumoencefalia é uma entidade rara, caracterizada pela presença de gás no compartimento intracraniano, habitualmente associada a traumatismo cranioencefálico, procedimentos neurocirúrgicos ou infeção do SNC. Etiologias não habituais, como fístulas de LCR à distância, são raras e dificultam o diagnóstico.

Caso clínico: Masculino, 42 anos, com osteossarcoma dorsal recidivante, com metastização pulmonar subme-

tido a múltiplas cirurgias, incluindo descompressão medular, durectomia extensa e plastia dural recente, com evolução complicada por pseudomeningocelo torácico associado a fístula de LCR para a cavidade pleural.

Recorre ao SU, 5 dias após intervenção cirúrgica, por cefaleia occipital, com agravamento à mobilização cefálica e cervical, com referência de percepção de ruído intracraniano, descrito como “bolhas de água” (sic). Hemodinamicamente estável. Sem défices neurológicos focais ou rigidez da nuca. Realizou tomografia computadorizada cranioencefálica e cervicodorsal, com pneumocefalia envolvendo sulcos corticais, cisternas da base e sistema ventricular.

Assumida pneumocefalia secundária a fístula de LCR. Foi submetido a correção cirúrgica de fístula de LCR e colocação de dreno torácico para drenagem de pseudomeningocelo, na cavidade torácica. Como intercorrência, salienta-se cefaleia refratária a tratamento médico, com necessidade de realização de blood patch.

Conclusão: Apresentamos um caso clínico, devidamente documentado do ponto de vista imagiológico, complexo, raro, com sintomas inespecíficos, que evidencia a importância de um diagnóstico célere, para melhorar o prognóstico, minimizando complicações neurológicas e infecciosas.

PO 510

UMA TIROIDE HIPERATIVA, UM CORAÇÃO EM TEMPESTADE

Dailine Delgado; Francisca Dâmaso; Alice Sousa; Maria José Anayas; Joana Vilas Boas; Maria Francisca Nunes; Cândida Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A tempestade arritmica é a ocorrência de três ou mais episódios de taquiarritmias ventriculares em 24 horas, constituindo uma emergência cardiológica, com elevada morbimortalidade. Em doentes com cardiopatia estrutural, a identificação de fatores precipitantes potencialmente reversíveis é fundamental para o controlo da instabilidade elétrica.

Caso clínico: Homem de 53 anos, com insuficiência cardíaca com fração de ejeção ligeiramente reduzida (46%) por miocardiopatia dilatada, portador de cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI) desde 2018 após paragem cardiorrespiratória por fibrilhação ventricular. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU), por episódio de síncope precedido de sensação de dois disparos do dispositivo. A interrogação do CDI revelou múltiplos episódios de taquicardia ventricular monomórfica sustentada (200 bpm), inicialmente tratados com pacing antitaquicardia e posteriormente com choques apropriados. Durante a permanência no SU ocorreram novos episódios de taquicardia ventricular, configurando tempestade arritmica. Analiticamente destacava-se tirotoxicose com TSH <0,008 µUI/mL, T4

livre 43,1 pmol/L e T3 livre 11,2 pmol/L, com pontuação de 35 na Burch-Wartofsky Point Scale. O estudo etiológico demonstrou positividade para anticorpos anti-recetor da TSH, anti-tiroglobulina e anti-peroxidase, compatível com doença de Graves. Foi iniciada terapêutica com tiamazol e otimizada a terapêutica betabloqueadora.

Observou-se estabilização clínica e resolução da instabilidade elétrica cardíaca, após controlo da função tiroideia, sem recorrência de arritmias durante o internamento.

Discussão: A tirotoxicose constitui um fator pró-arritmico relevante e potencialmente reversível. Este caso reforça a importância da investigação sistemática de causas precipitantes em doentes com tempestade arritmica, uma vez que o tratamento dirigido ao fator desencadeante pode ser determinante para o controlo da instabilidade elétrica.

PO 511

DA PELE AO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: VÍRUS VARICELA-ZOSTER

Catarina Coelho Faria; Joana Cerdeira Frazão; Diane Pimenta; Clarisse Neves; Sandra Barbosa; Glória Alves
ULS Alto Ave

Introdução: A reativação do Vírus Varicela-Zoster (VVZ), latente nos gânglios nervosos após infeção primária, manifesta-se por lesões cutâneas dolorosas em dermatómos específicos. Ocorre principalmente em indivíduos idosos ou imunocomprometidos e, em alguns casos, pode evoluir com afetação de outros sistemas.

Caso clínico: Mulher de 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Assumida no Serviço de Urgência por quadro com 2 dias de evolução de lesões vesiculares dolorosas na região cervical esquerda, com atingimento da hemiface e região periauricular. Ao exame físico, apresentava-se subfebril (temperatura de 37,8°C), com orofaringe ruborizada e exame neurológico sem alterações. Analiticamente, sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Assumida reativação do VVZ e internada sob Aciclovir e Gabapentina.

Ao terceiro dia de internamento, com cefaleia generalizada, febre persistente, extensão das lesões vesiculares ao pavilhão auricular e sinais inflamatórios cutâneos adjacentes às vesículas. Assumida complicação por celulite facial e iniciada Vancomicina. Realizada punção lombar com identificação do VVZ no líquido, tendo sido feito o diagnóstico de meningoencefalite, com alterações compatíveis na ressonância magnética cranioencefálica. Eletroencefalograma sem paroxismos epileptiformes ou lentificações focais. Sem evidência de imunodepressão. Avaliada por Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Ao longo do internamento, a doente evoluiu favoravelmente, tendo cumprido 14 dias de Aciclovir e 7 dias de Vancomicina. À data de alta, com

nevralgia controlada, apirexia sustentada, sem lesões cutâneas ou défices neurológicos focais.

Discussão: A reativação do VVZ apresenta grande variabilidade clínica. O diagnóstico precoce e o início de terapêutica antiviral antecipadamente são essenciais para reduzir complicações irreversíveis e melhorar o prognóstico. É relevante relembrar a importância da vacinação na prevenção da infeção e complicações associadas.

PO 512

DA BOCA AO NERVO

Andreia Tatiana De Marcos¹; Daniela Alexandra Barros²; Pereira Carvalho²; Pedro Eliseu²; Beatriz Torres Exposito²

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real; ²Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

A dor craniofacial persistente constitui um desafio diagnóstico e terapêutico, podendo evoluir para síndromes dolorosas neuropáticas crônicas de difícil controlo. A identificação do fator desencadeante é fundamental para orientar a abordagem clínica, embora nem sempre ocorra resolução sintomática.

Relata-se o caso de mulher de 45 anos, ativa, sem antecedentes relevantes, referenciada em 2020 à consulta de Medicina Interna por dor maxilar direita com irradiação periocular, iniciada após exérese de quisto do maxilar superior direito em 2018. Cumpriu múltiplos ciclos de antibioterapia e analgesia escalonada, incluindo paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides, tramadol e pregabalina, com alívio parcial.

A tomografia dos seios perinasais revelou sinais de tratamento endodôntico do dente 17; a ressonância magnética encefálica não mostrou alterações. Por persistência dos sintomas, foi referenciada para Cirurgia Maxilofacial. A ortopantomografia identificou corpo estranho no seio maxilar direito, correspondente a fragmento de fio gutta-percha, removido cirurgicamente em março de 2021. Posteriormente realizou exodontia do dente 17, identificando falso trajeto radicular compatível com migração prévia do material. Recidiva motivou nova cirurgia em março de 2022, com biópsia do seio maxilar revelando displasia fibrosa.

Meses depois surgiram parestesias e disestesias occipitais; assumiu-se nevralgia occipital direita e realizou-se bloqueio do grande nervo occipital, com agravamento sintomático. Apesar das cirurgias e múltiplas estratégias farmacológicas, incluindo antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes e terapêutica dirigida ao peptídeo relacionado com o gene da calcitonina, mantém dor craniofacial refratária, com elevado impacto funcional e seguimento multidisciplinar.

A compressão nervosa por iatrogenia de procedimentos endodônticos encontra-se descrita na literatura. Na maioria dos casos, os sintomas resolvem após identificação e remoção precoces do material exógeno. No caso

apresentado, a identificação e remoção ocorreram anos após o início da sintomatologia, contribuindo para a evolução para dor craniofacial crónica e incapacitante. Reforça-se assim a importância do reconhecimento atempado destas situações e sua abordagem multidisciplinar.

PO 513

ESTIMULAÇÃO FRÉNICA NA SÍNDROME DE TWIDDLER

Margarida J Marcelino; Ana Cristina Caraban; Francisca Lourenço Ramos; Carolina Castro Gandra; Maria Inês Santos; Patrícia Freitas

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: A Síndrome de Twiddler é uma complicação rara de dispositivos médicos implantáveis, sobretudo cardíacos. Resulta da manipulação, consciente ou inconsciente, do gerador na local de implantação pelo doente, causando deslocação ou rotura dos eletrodos e disfunção do dispositivo. As manifestações podem incluir estimulação inapropriada, perda de eficácia terapêutica e recorrência dos sintomas da doença subjacente. Entre os fatores de risco descritos estão sexo feminino, idade avançada, obesidade, défice cognitivo e doença psiquiátrica.

Caso clínico: Homem de 63 anos, autónomo, chega ao serviço de urgência acompanhado por viatura médica de emergência rápida (VMER) devido a contrações involuntárias da parede abdominal direita, de início súbito, após despertar noturno, sem sintomatologia associada como síncope, toracalgia ou palpitações. De antecedentes pessoais, a destacar obesidade e portador de desfibrilhador com terapêutica de ressincronização cardíaca (CRT-D), implantado por miocardiopatia dilatada não isquémica com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida e bloqueio completo do ramo esquerdo. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, em ritmo dependente de pace no eletrocardiograma e com mioclonias diafragmáticas rítmicas. A radiografia do tórax revelou rotação do gerador do CRT-D, com torção e tração de todos os eletrodos; o eletrodo do ventrículo esquerdo, originalmente posicionado na veia tributária lateral do seio coronário, encontrava-se junto da veia cava superior, provocando estimulação do nervo frénico. O CRT-D foi provisoriamente programado para estimulação exclusiva do ventrículo direito e o doente foi encaminhado para a consulta de Arritmologia para substituição do dispositivo.

Discussão: Este caso relata uma complicação rara associada a um CRT-D num doente com obesidade, fator de risco conhecido para Síndrome de Twiddler. O reconhecimento precoce desta entidade é fundamental, uma vez que a disfunção do dispositivo pode levar ao reaparecimento de sintomas previamente controlados e a eventos potencialmente fatais, incluindo falha terapêutica ou choques inadequados.

PO 514

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE INFECÇÃO POR VIH

Miguel Tomás Rodrigues; Valériya Zaruba; Filipa Silva;
Diana Pedreira; Manuel Sousa; Susana Marques

Unidade Local de Saúde da Arrábida

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré é uma polirradiculoneuropatia aguda imunomediada frequentemente precedida por infeção. Caracteriza-se por défice motor progressivo, habitualmente ascendente, podendo evoluir para insuficiência respiratória. Entre as variantes descritas destaca-se a neuropatia axonal sensitivo-motora aguda, associada a formas mais graves da doença. A infeção por VIH pode estar associada a manifestações neurológicas periféricas, incluindo quadros compatíveis com síndrome de Guillain-Barré.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 43 anos admitido no Serviço de Urgência por tetraparésia progressiva e hipostesia envolvendo membros e tronco, precedidas por cervicalgia, diminuição da força cervical e disartria. Referia episódio de febre e diarreia duas semanas antes da admissão. Analiticamente destacou-se teste confirmatório positivo para VIH com Carga Viral de 126095 cópias; CD4+ de 415. O estudo do líquido cefalorraquidiano revelou dissociação albuminocitológica, com proteínas elevadas (231 mg/dL) e contagem celular inferior a 5 células/ μ L. A ressonância magnética evidenciou realce das raízes da cauda equina. Pela rápida progressão do défice neurológico e risco de falência respiratória, o doente foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos, tendo iniciado terapêutica com imunoglobulina endovenosa. O estudo eletrofisiológico demonstrou redução marcada da amplitude dos potenciais motores, compatível com neuropatia axonal sensitivo-motora aguda. Após estabilização clínica iniciou programa de reabilitação neurológica, com posterior transferência para enfermaria de Medicina Interna.

Conclusão: A neuropatia axonal sensitivo-motora aguda constitui uma variante grave da síndrome de Guillain-Barré. Este caso destaca a importância de considerar infeção por VIH em doentes com neuropatia aguda e reforça a necessidade de diagnóstico e tratamento precoces para prevenir complicações potencialmente fatais.

PO 515

QUANDO O TRATAMENTO SE TORNA A CAUSA: RABDOMIÓLISE ASSOCIADA A HALOPERIDOL INTRAMUSCULAR

Beatriz Ribau; Luís Pereira; Ana Rita Ramanho;
Teresa Alfaiate; Arsénio Santos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A rabdomiólise caracteriza-se por lesão do músculo esquelético com libertação de conteúdo intracelular para a circulação, podendo evoluir para insuficiência renal aguda e outras complicações sistémicas. Como causas incluem-se trauma, infeções, esforço físico intenso e fármacos. Os antipsicóticos, como o haloperidol, encontram-se associados a rabdomiólise, frequentemente no contexto de síndrome maligna dos neurolépticos (SMN), embora possam desencadear lesão muscular de forma isolada. A SMN caracteriza-se por hipertermia, rigidez muscular, alteração do estado de consciência e disfunção autonómica. A rabdomiólise é uma complicação de menor gravidade, podendo evoluir para lesão renal aguda com impacto na morbimortalidade.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, com antecedentes de perturbação psiquiátrica sob terapêutica antipsicótica, admitida no serviço de urgência por prostração e rigidez muscular generalizada. À admissão apresentava hipertensão (143/67 mmHg), taquicardia (143 bpm, ECG em ritmo sinusal), hipertonía muscular difusa e depressão do estado de consciência, com reatividade a estímulos auditivos. Analiticamente destacava-se elevação marcada da creatina quinase (CK 11.231 U/L), elevação dos parâmetros inflamatórios (proteína C reativa 15mg/dL) e lesão renal aguda (LRA) AKIN 3 (creatinina 4.15 mg/dL). Como terapêutica de ambulatorio a doente realizava haloperidol e risperidona intramuscular (IM). Foi internada para estudo e tratamento. Após exclusão de outras causas, tais como miopatias inflamatórias e de SMN, assumiu-se o diagnóstico de rabdomiólise secundária à toma de antipsicóticos IM. A doente apresentou evolução clínica favorável em resposta à hidratação endovenosa vigorosa, com normalização da CK e da LRA.

Discussão: A rabdomiólise associada a antipsicóticos IM é uma complicação rara, mas potencialmente grave. O haloperidol pode estar implicado por rigidez muscular intensa, toxicidade miocelular direta ou imobilização prolongada. A distinção entre rabdomiólise e SMN é essencial para a orientação diagnóstica e terapêutica. Este caso reforça a importância da vigilância clínica e laboratorial após administração de antipsicóticos, particularmente por via IM, bem como do reconhecimento precoce e suspensão do fármaco para prevenir complicações mais graves.

PO 516

ABCESSO MAMÁRIO COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÊMICA

António Malcata; Inês Santos; Ana Sofia S Soares; Yu Wang; Lilia Savka; Carolina Carreiro; Teresa Passos da Fonseca; Liliana Santos

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

O diagnóstico diferencial da patologia mamária é vasto e pode envolver uma abordagem multidisciplinar. O caso apresentado ilustra esta complexidade. Trata-se de uma doente seguida nos cuidados de saúde primários como na consulta de Ginecologia por suspeita de abscesso mamário versus neoplasia inflamatória da mama.

Doente de 58 anos recorre em Janeiro de 2025 à consulta de Ginecologia hospitalar. Apresentava queixas compatíveis com abscesso mamário com fistulização cutânea, refratário a terapêutica médica. Tinha inicialmente sido excluída malignidade por biópsia mamária. Foi proposta para excisão cirúrgica precedida de antibioterapia, que decorreu sem intercorrências. A peça cirúrgica da galactoferectomia revelou “tecido de granulção e infiltrado inflamatório crónico rico em células gigantes multinucleadas do tipo do corpo estranho e ectasia ductal”. Foi assumida mastite granulomatosa. Uma história mais cuidada revelou poliartralgias, eritema nodoso, parestesias, Raynaud, xerose ocular e alterações ungueais, assim como cansaço inespecífico.

Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico diferencial da patologia mamária inflamatória e a importância da avaliação clínica na identificação de doença sistémica subjacente. Perante a presença de inflamação granulomatosa e sintomas sistémicos, colocou-se a hipótese de sarcoidose. A mastite granulomatosa consitui menos de 1% das formas de sarcoidose. Este caso reforça ainda o papel da Medicina Interna na integração dos achados clínicos e anatomopatológicos e na abordagem multidisciplinar de apresentações clínicas atípicas.

PO 517

NEUROPSYCHIATRIC MANIFESTATIONS AS THE INITIAL PRESENTATION OF MULTIPLE MYELOMA: A CASE REPORT

Giovanna Guida¹; Filipa Almeida Saraiva¹; Alexandru Babiciu¹; Rita Rosa Domingos¹; Ana Sara Monteiro¹; Mariana Rocha Afonso²

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro; ²ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introduction: Multiple myeloma (MM) is a plasma cell dyscrasia that commonly presents with bone pain, anemia, renal dysfunction, and hypercalcemia. Central nervous system involvement (CNS) and neuropsychiatric signs are rare and often related to metabolic disturbances or CNS disease. Systemic inflammation, however, may precipitate delirium in cognitively vulnerable patients.

Case presentation: A 68-year-old man presented with a 3-year progressive cognitive decline, admitted due to visual hallucinations, hostile behavior, and attempted elopement from home. No history of other psychiatric illnesses. Past medical history with treated tuberculosis and a 108 pack-year smoking. He was disoriented, aggressive, and slightly pale. Laboratory tests identified normocytic anemia and high inflammatory markers, while renal function and serum calcium were normal. Cranial MRI revealed a 16 mm left frontal lesion without mass effect or parenchyma involvement. Serologic testing for infection was negative. Full-body CT scan showed multiple osteolytic rib and vertebral fractures from T5 to L1, suggestive of malignancy. Prostate-specific antigen was negative. Serum protein electrophoresis and immunofixation demonstrated monoclonal IgA/kappa gammopathy. Bone marrow biopsy confirmed clonal plasma cell (61.3%), diagnosing multiple myeloma (ISS stage II). PET scan revealed multifocal hypermetabolic bone lesions. Lumbar puncture and EEG excluded CNS infection and were consistent with delirium superimposed on neurodegeneration. He began melphalan therapy with hematologic follow-up.

Clinical discussion: This highlights that multiple myeloma may present with atypical neuropsychiatric signs in adults with cognitive decline. Classical mechanisms of neuropsychiatric manifestations were absent, raising the possibility that systemic malignancy-associated inflammation may contribute to delirium. Multiple myeloma was not merely a coincidental finding, but may have acted as a systemic trigger amplifying underlying neurodegenerative vulnerability.

PO 518

MAIS DO QUE UM TROMBO: MANIFESTAÇÃO INICIAL DE CARDIOMIOPATIA DILATADA

Rita Maria Marques Gonçalves Ferreira Pinto; Juliana Andrade; Filipa Cunha; Ana Parreira; Marco Ramos; Marina Alves

Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: Um trombo no ventrículo esquerdo resulta de estase sanguínea, lesão endotelial e hipercoagulabilidade (triade de Virchow), presente em múltiplas patologias, como na cardiomiopatia dilatada (CMD), pós-enfarte agudo do miocárdio e em aneurismas ventriculares. Segundo a *American Heart Association*, a embolização sistémica ocorre em até 10 a 15% dos doentes não tratados, sobretudo na presença de trombos móveis.

Caso clínico: Mulher, 45 anos, com tiroidite de Hashimoto, etilismo crónico e tabagismo (20 unidades maço-ano). História familiar de cardiopatia isquémica precoce. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia para pequenos esforços com duas semanas de evolução. Analiticamente, com elevação de D-dímeros, NT-proBNP, troponina e TSH. A angioTC torácica

demonstrou tromboembolismo (TEP) subsegmentar e derrame pleural direito de moderado volume. O ecocardiograma transtorácico (ecoTT) revelou disfunção biventricular e trombo móvel de grandes dimensões no ventrículo esquerdo (VE). O estudo de trombofilias, autoimunidade e neoplasia foi negativo. A ressonância magnética cardíaca corroborou o diagnóstico de CMD não isquêmica, com discreta hipertrabeculação apical, sem critérios de não compactação. Confirmada mutação do gene TTN. Iniciou anticoagulação e terapêutica modificadora de prognóstico de insuficiência cardíaca (IC) e ajuste de levotiroxina. Recomendada evicção alcoólica e tabágica total.

Conclusão: Este caso ilustra uma CMD pela mutação do gene TTN (causa genética mais comum de CMD), com uma apresentação invulgar: trombo do VE associado a TEP. Traduz o estado inflamatório e pró-trombótico presentes na insuficiência cardíaca. Realça ainda a importância do ecoTT e RMC no diagnóstico de complicações e da patologia subjacente.

Reflete a necessidade de uma marcha diagnóstica sistematizada e início precoce de terapêutica para reduzir o risco embólico e a morbimortalidade dos doentes.

PO 519

HEMOPERITONEU COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA HEMATOLÓGICA

Beatriz Magalhães; Vanessa Palha; Narciso Oliveira;

Bárbara Fraga Campos; Eduardo Cruz

Hospital de Braga

Introdução: O Linfoma B de alto grau é um subtipo de Linfoma não Hodgkin agressivo, caracterizado por rápida progressão clínica, comportamento biológico agressivo e apresentações frequentemente em estágio avançado com manifestações inespecíficas, constituindo um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e consumo crônico de álcool. Em estudo em consulta de Medicina Interna por trombocitopenia e hepatoesplenomegalia com 1 ano de evolução. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal intensa, com 3 meses de evolução e de agravamento progressivo, sem outros sintomas associados. Ao exame físico a destacar palidez mucocutânea, abdômen distendido com dor difusa à palpação e taquicardia. Do estudo realizado, a salientar: pancitopenia de novo (hemoglobina 10,3 g/dl, leucócitos 2000/UI e plaquetas 26000/UI), aumento marcado da LDH (1172 U/L); TC abdominopélvica com aumento da hepatoesplenomegalia (19,5 e 21,5cm, respectivamente) associado a laceração esplênica e hematoma periesplênico (2,5cm), hemoperitoneu de moderado volume, múltiplas adenomegalias abdominais e 2 nódulos renais. Avaliado por Cirurgia Geral com indicação para tratamento conservador. Do restante estudo etiológico: 2 lesões nodulares renais sólidas e diversas adenome-

galias abdominais. Realizou também PET-TC que revelou lesão de alto grau metabólico no rim esquerdo (SUV 19,2) com metastização ganglionar e óssea múltipla, cuja biópsia ecoguiada foi compatível com Linfoma B de alto grau.

Discussão: A rutura esplênica como manifestação clínica inicial é rara, mas descrita em Linfomas B de alto grau, refletindo infiltração parenquimatosa extensa e fragilidade esplênica. A ausência de sintomas B e a predominância de queixas inespecíficas contribuíram para a complexidade diagnóstica. O caso sublinha a importância de considerar linfoma agressivo perante esplenomegalia marcada, hemoperitoneu não traumático e citopenias, reforçando a necessidade de abordagem multidisciplinar.

PO 520

UMA GRIPE PARALISANTE – UM CASO DE PARAPLEGIA SÚBITA NUM DOENTE HEMODIALISADO

Rafael Terêncio; Joana Martins; Rita Gouveia;

Fernando Pereira; Gonçalo Cruz; Cristina Santos

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

Os doentes em programa regular de hemodiálise apresentam uma disrupção da barreira cutânea repetida devido às punções necessárias para o tratamento. Deste modo apresentam predisposição para o desenvolvimento de complicações infecciosas, nomeadamente espondilodiscite ou endocardite secundárias a bacteriémias. Descreve-se o caso de um homem de 57 anos, doente renal crónico em hemodiálise através de fístula arteriovenosa (FAV) umerocefálica há 2 anos, e antecedentes de fratura vertebral. Apresenta-se com quadro de febre e tosse produtiva com 5 dias de evolução, com hipoxémia à admissão do Serviço de Urgência. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e painel de vírus respiratórios positivo para Influenza A. Assumiu-se gripe A com sobreinfecção bacteriana, pelo que iniciou oseltamivir e amoxicilina/clavulanato, com melhoria progressiva do quadro respiratório. Ao terceiro dia de internamento inicia quadro de paraparésia que evolui para paraplégia hipotónica e arreflexia em 2 dias, associada a hipostesia algica com nível sensitivo em D5-D6. Realizou ressonância magnética (RM) da coluna, que revelou espondilodiscite D4-D6, com afundamento subtotal de D5 e coleções paravertebrais bilaterais, tendo-se assumido a FAV como provável ponto de entrada para o agente infeccioso. Sem isolamento microbiológico e, por incapacidade de colheita de biópsias, iniciou antibioterapia empírica com vancomicina e ceftriaxona, com melhoria analítica e imagiológica à reavaliação após 4 semanas, tendo-se optado por continuação de antibioterapia até às 8 semanas. Ao longo do internamento manteve-se clinicamente estável e sem evolução dos défices neurológicos.

Este caso destaca-se pela complexidade e progressão rápida dos défices, salientando a importância de manter um elevado grau de suspeição para infeções indolentes em doentes em hemodiálise.

PO 521

NEOPLASIA DO PÂNCREAS COMO DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE SÍNDROME MEN

Pedro Carrilho; Leonor Gonçalves; Rui Resende Bastos; José Vicente Rocha; Tiago Sepúlveda Santos

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: As síndromes de neoplasias endócrinas múltiplas (MEN) correspondem a um grupo de doenças hereditárias raras caracterizadas pelo desenvolvimento de tumores em múltiplas glândulas endócrinas. A suspeita clínica surge frequentemente perante a coexistência de alterações hormonais e lesões em diferentes órgãos endócrinos, sendo fundamental uma investigação dirigida para diagnóstico precoce e orientação terapêutica adequada.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 53 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, perturbação afetiva bipolar tipo 1, bócio multinodular eutiroideu, status pós sleeve gástrico. Desde há 12 meses, com perda ponderal de cerca de 53 Kg, obstipação de novo, enfartamento, náuseas e vômitos. Adicionalmente, com aumento do volume da tiroide. Dos exames complementares: TC abdominal com adenoma da glândula suprarrenal direita e nódulo esplênico, RM abdominal com lesão esplênica e esboço nodular no corpo pancreático, de etiologia indeterminada. Avaliação laboratorial com hipercalcémia, elevação de PTH e calcitonina.

Realizou em internamento TC-CTAP, com glândula tiroideia globosa e nódulo heterogéneo da supra-renal direita. Ecoendoscopia a confirmar diagnóstico histológico de neoplasia do pâncreas, tendo sido realizada pancreatectomia cefalo-caudal com esplenectomia e adrenalectomia direita no mesmo tempo.

Discussão: Este caso levanta a suspeita de síndrome de neoplasia endócrina múltipla perante a presença de hipercalcémia com elevação da PTH associada a alterações tiroideias e possível lesão pancreática. A coexistência de múltiplas lesões endócrinas obriga a investigação sistematizada para exclusão de tumores funcionantes e caracterização das lesões identificadas. O reconhecimento precoce destas síndromes é essencial para permitir abordagem multidisciplinar, vigilância adequada e eventual rastreio genético, com impacto significativo no prognóstico e na orientação terapêutica.

PO 522

DOENÇAS GASTROINTESTINAIS EOSINOFÍLICAS: UM DIAGNÓSTICO IMPORTANTE A CONSIDERAR

Maria Inês Risto; Carolina Lemos; Nuno Moreira; Luís Magalhães; Helena Baldaia; Jorge Coutinho; Alfredo Martins

Hospital da Luz Arrábida

As doenças gastrointestinais eosinofílicas (DGEs) são patologias raras, caracterizadas por infiltração eosinofílica do trato gastrointestinal, na ausência de causas secundárias. A apresentação clínica é inespecífica, atrasando o diagnóstico.

Mulher de 48 anos com antecedentes de rinite alérgica, apresentou dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia persistente. O hemograma revelou eosinofilia marcada (pico 19.780/ μ L) e a TC evidenciou ascite de médio volume. A paracentese mostrou líquido ascítico com predomínio de eosinófilos (7.221 leucócitos, 64% eosinófilos). O estudo parasitológico, autoimune, serológico, micro e micobactérias foi negativo. A endoscopia digestiva alta revelou duodenite eritematosa, com biópsia do duodeno a mostrar abundantes eosinófilos, biópsias gástricas sem alterações. Assumido o diagnóstico de doença gastrointestinal eosinofílica com envolvimento duodenal e seroso. Iniciou corticoterapia sistémica com desmame lento (1 mês) com melhoria. Após seis meses, mantém-se assintomática.

Os autores expõem este caso realçando a importância de considerar DGEs no diagnóstico diferencial de eosinofilia periférica associada a sintomas gastrointestinais.

PO 523

PORFIRIA CUTÂNEA TARDIA: A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DE MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS

Ana Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Raquel Almeida; Ana Grilo

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A porfiria cutânea tardia (PCT) é uma porfiria hepática adquirida ou familiar causada por deficiência da uroporfirinogénio descarboxilase, levando à acumulação de porfirinas fotossensíveis. Clinicamente manifesta-se com fragilidade cutânea, bolhas, erosões, hiperpigmentação e hipertrichose em áreas fotoexpostas, frequentemente associadas a alcoolismo, hepatite C crónica ou sobrecarga de ferro hepático. É a forma mais comum de porfiria em adultos, mais frequente em homens e geralmente esporádica. Em Portugal, a incidência não é precisamente conhecida, reflete subdiagnóstico e raridade.

Caso clínico: Homem de 72 anos, parcialmente dependente, com hepatite C não tratada, alcoolismo prévio, hipertensão arterial, AVC prévio, foi internado em contexto de pneumonia. À nossa observação doente apresentava hiperpigmentação dorsal com erosões, hiperpigmentação facial com milia, espessamento

cutâneo e hipertricose, alterações cutâneas estas que doente e familiares confirmaram ser antigas. Consideramos que lesões tinham alto grau de suspeição de se tratar de PCT. Pediu-se apoio da Dermatologia durante o internamento que concordou com esta possibilidade diagnóstica. Solicitámos o doseamento de porfirinas plasmáticas e urinárias que vieram a confirmar diagnóstico em consulta. Doente faltou ao seguimento médico pelo que não cumpriu terapêutica dirigida para a Hepatite C.

Discussão: Este caso evidencia a importância de suspeitar de PCT em pacientes com fatores de risco como doença hepática crónica e alcoolismo. O reconhecimento precoce das alterações cutâneas permite investigação laboratorial oportuna e prevenção de complicações. A abordagem multidisciplinar é fundamental para confirmação diagnóstica, eliminação de fatores precipitantes e planeamento terapêutico individualizado.

PO 524

DIALYSIS-DEPENDENT ANCA – ASSOCIATED VASCULITIS COMPLICATED BY DIGITAL NECROSIS REQUIRING AMPUTATION

Giovanna Guida¹; Filipa Almeida Saraiva¹; Alexandru Babiciu¹; Rita Rosa Domingos¹; Ana Sara Monteiro¹; Beatriz Teixeira²

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro; ²ULS Santo António

Background: The anti-neutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)-associated vasculitides (AAVs) are systemic, heterogeneous groups of rare autoimmune disorders that cause inflammation of blood vessels, leading to a wide range of organ-specific symptoms. However, any organ system may be affected in AAVs, the respiratory tract and kidneys are the most often damaged. This small-vessel vasculitis can be responsible for a rapidly progressive glomerulonephritis and end-stage kidney disease (ESKD). Beyond the renal involvement, systemic endothelial injury leads patients to thrombotic and ischemic complications.

Case presentation: This case describes a 70-year-old patient, former heavy smoker, retired police officer, with ANCA-positive vasculitis and severe renal involvement progressing to ESKD requiring maintenance hemodialysis. Progressively, the course of the AAVs was complicated by multiple hospitalizations for acute heart failure, pulmonary hypertension, and chronic thromboembolic disease. He presented to the emergency department because of darkening of the finger and extreme pain in the right foot. A physical exam revealed severe dry necrosis of the second digit. Doppler ultrasound showed increased diastolic flow in the tibial arteries with occlusion of the dorsalis pedis artery. This resulted in failed distal revascularization and amputation of the second digit. After the operation, he experienced infectious complications, including MRSA

on the wound. Immunosuppressive therapy included corticosteroid pulses, cyclophosphamide induction, and rituximab. Therefore, the decisions for treatment require careful balancing of relapse control, infection risk and kidney impairment.

Case discussion: This case highlights the multifactorial impairment of AAVs, emphasizing the interplay between inflammation, thrombosis, and peripheral ischemia. Early detection of vascular complications and coordinated nephrology–vascular–surgical management are essential to reduce morbidity in dialysis-dependent patients.

PO 525

MALABSORÇÃO E DOENÇA HEPÁTICA APÓS BYPASS: O OUTRO LADO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Mariana Pedrosa; Marisa Cancela; Frederica Gonçalves; Ana Ribeiro; Paulo Almeida; Jorge Almeida

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: A cirurgia bariátrica é um procedimento eficaz no tratamento da obesidade e das suas comorbilidades. Contudo, a componente malabsortiva pode associar-se a complicações nutricionais tardias potencialmente graves.

Caso clínico: Mulher, 39 anos, submetida a bypass gástrico pelo método de Scopinaro no Brasil aos 20 anos, sem suplementação nutricional subsequente. Recorreu à urgência por anasarca com um mês de evolução. Analiticamente apresentava hipoalbuminemia severa (15 g/L), citólise hepática e coagulopatia. Realizada paracentese diagnóstica, com gradiente sorro-ascite de albumina >1.1 g/dL, tendo sido internada para estudo etiológico. Ecocardiograma transtorácico e urina de 24h sem alterações de relevo. Elastografia hepática por fibroscan evidenciou cirrose hepática avançada e esteatose severa. O estudo de hepatites víricas, metabólicas e autoimunes foi negativo. Biópsia hepática compatível com cirrose e esteatose por doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica. Angiotomografia computadorizada abdominopélvica e tomografia por emissão de positrões com hipercaptação difusa de todo o cólon. Endoscopia digestiva baixa com edema da mucosa cólica e biópsia intestinal com edema e discreto infiltrado linfoplasmocitário, interpretados no contexto de síndrome disabsortiva. Foi iniciada nutrição parentérica, com melhoria da albuminemia e resolução da coagulopatia, sendo referenciada para Cirurgia Geral para eventual reversão da cirurgia.

Discussão: O bypass de Scopinaro clássico é uma técnica malabsortiva e restritiva que combina gastrectomia distal com desvio biliopancreático. Na literatura, estão descritos alguns casos de doença hepática associada a cirurgia bariátrica, nomeadamente por esta técnica. A malnutrição proteico-calórica, o sobre crescimento bacteriano intestinal, a lipotoxicidade e fato-

res genéticos parecem desempenhar um papel central na fisiopatologia da lesão hepática.

PO 526

SÍNDROME DE FROIN – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Araújo Barbosa; Sara Fernandes;
Isabel Gonçalves Moreira; Ana Ribeiro; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A síndrome de Froin é uma condição rara caracterizada pela tríade de xantocromia, proteinorráquia elevada e hipercoagulabilidade do líquido cefalorraquidiano (LCR), resultando geralmente de outra patologia subjacente (neoplásica, traumática, infecciosa/inflamatória ou vascular).

Caso clínico: Mulher de 70 anos, ex-fumadora, *status* pós *bypass* gástrico por obesidade (2024) e com história de neoplasia da mama esquerda tratada em 2021, sem evidência de recidiva. Conduzida ao serviço de urgência por quadro com cinco meses de evolução de hiperalgesia de difícil controlo, sobretudo a nível cervical, tetraparésia, náuseas e perda ponderal, ao qual se associou hiperextensão fixa do pescoço recentemente. Do estudo efetuado: sem elevação dos parâmetros inflamatórios ou das enzimas musculares, hipercalcemia 5.6 mEq/L, com PTH e vitamina D normais; anticorpos anti-GAD negativos; TC-CE, da coluna e CTAP sem alterações de relevo; mamografia e ecografia mamária BI-RADS 2; RMN cerebral e cervical com espesso realce leptomeníngeo difuso e incipiente hidrocefalia e EMG com sinais de desnervação aguda difusa. Realizada punção lombar com saída de líquido xantocrômico, cuja análise revelou ausência de pleocitose, proteinorráquia extrema 16.83g/L, hipoglicorráquia 31 mg/dL, IgG aumentada 156.0 mg/dL com índice de IgG no liquor normal, ADA e ECA normais e pesquisa de células malignas negativa. Durante o internamento, verificou-se uma deterioração neurológica progressiva, com resposta frustrada e transitória à corticoterapia, culminando na morte da doente.

Discussão: Perante o quadro clínico e os antecedentes de doença neoplásica da doente, a síndrome de Froin secundária a carcinomatose meníngea é a hipótese diagnóstica mais provável, salientando que, embora a deteção de células malignas no LCR seja o método diagnóstico *gold standard*, a sua sensibilidade é baixa, podendo dificultar a confirmação.

PO 527

TROMBOSE DA VEIA PORTA COMO MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR

Ana Rita Ferreira De Oliveira¹; Daniela Salgueiro²;
Ângela Paredes Ferreira²; Daniel Alves²; Miguel Torrinhas²;
Francisco Silva²; Ana Rita Cambão²; Diana Guerra²

¹ULSAM; ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: Aproximadamente 95% dos doentes com hepatite C crónica alcançam a erradicação viral através do tratamento com antivirais. Os benefícios clínicos decorrentes incluem a redução do risco de desenvolver doença hepática crónica avançada (DHCav) e, consequentemente, as complicações associadas.

Caso clínico: Homem de 46 anos, seguido em consulta de Hepatologia por DHCav (Child Pugh A5, MELD 3.0 8 pontos) em contexto de hepatite C. Submetido a tratamento com sofosbuvir/velpatasvir atingindo resposta viral sustentada (SVR). Avaliado em contexto de urgência por dor abdominal ao nível do hipocôndrio direito com 1 semana de evolução, sem outra clínica associada. Sem alterações analíticas de relevo à admissão. Realizou TC abdomino-pélvico onde se objetivou a presença de trombose da veia porta (TVP), com aparente *washout* de contraste na fase tardia, com extensão bilateral (VP4) e à veia mesentérica superior. Iniciada hipocoagulação com enoxaparina. Completou estudo em internamento com ressonância magnética que confirma a presença de trombose com restrição à difusão e com realce hipervascular com lavagem que envolve a porção distal do tronco portal, com extensão bilateral e para ramos segmentares. Ao nível do segmento 8 identifica-se nódulo de 5cm com características sugestivas de carcinoma hepatocelular. Analiticamente destaca-se trombocitopenia ligeira (100×10^9), alfa-fetoproteína negativa. TC tórax sem evidência de metastização. Realizou endoscopia digestiva alta identificando-se pequenos cordões varicosos sem pontos vermelhos. Portanto, diagnóstico inaugural de carcinoma hepatocelular com TVP aguda. O doente foi proposto para terapêutica sistémica.

Discussão: Apesar das elevadas taxas de cura, risco de desenvolver CHC em doente com hepatite C persiste, particularmente entre doentes com fibrose avançada/cirrose antes do tratamento. Apresenta-se um caso de carcinoma hepatocelular inaugural com TVP com fenómeno “*vessel in vessel*”, em que o próprio trombo comporta-se em termos imagiológicos como um tumor.

PO 528

DE UM INSULTO AGUDO À DOENÇA CRÔNICA: NEFROTOXICIDADE MEDICAMENTOSA!

Gloria Maria Maia Goncalves; Alexandra Silva Azevedo; Cátia Dias; Paulo Bandeira Ramos; Manuel Rodrigues; Pedro Neves

Unidade Local de Saúde do Médio Ave

A Nefrite Tubulointersticial é uma causa frequente de lesão renal aguda, subdiagnosticada face à apresentação clínica inespecífica e à ausência de marcadores específicos. A história detalhada, incluindo exposição a nefrotóxicos e correlação temporal, é essencial para o seu diagnóstico.

Apresentamos o caso de um homem de 69 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia, diabetes com lesão de órgão-alvo (retinopatia e microalbuminúria), cardiopatia isquêmica e hiperplasia benigna da próstata submetido a prostatectomia em Janeiro de 2025 e medicado, posteriormente, com solifenacina. Desde então, com quadro de xerostomia, obstipação, fadiga, anorexia e hipotensão, inicialmente interpretado como iatrogenia medicamentosa, e alterada para mirabegron em Maio de 2025, com melhoria parcial dos sintomas. No entanto, manteve anorexia e fadiga, motivo pelo qual realizou estudo analítico em ambulatório que revelou uma anemia normocítica e lesão renal de novo. Orientado para o serviço de urgência e internado para estudo, com suspensão de nefrotóxicos. Do estudo realizado, sedimento urinário com proteínaúria e glicosúria, acidose metabólica ligeira, sem distúrbios iónicos. Imagiologicamente sem obstrução das vias urinárias mas parênquima renal com sinais de nefropatia crónica incipiente. Estudo analítico extenso sem etiologia esclarecida. A par do estudo etiológico, realizada fluidoterapia sem melhoria da função renal. Perante a ausência de etiologia esclarecida e a introdução recente de solifenacina, colocada a hipótese de nefrotoxicidade medicamentosa, discutido com nefrologia e decidida realização de biópsia renal que revelou achados compatíveis com nefrite tubulointersticial com sinais de evolução para cronicidade. Iniciou corticoterapia com discreta melhoria da função renal, mas avaliações posteriores seriadas revelaram instalação de doença renal crónica, que foi interpretado em contexto de insulto farmacológico prolongado.

Este caso realça a importância de uma história clínica detalhada no diagnóstico de disfunção renal, assim como a necessidade de monitorização renal aquando da introdução de novos fármacos, sob risco de lesão renal crónica irreversível aquando da exposição prolongada a agentes nefrotóxicos.

PO 529

UM CASO QUE NOS TIRA O CHÃO: PARAPARÉSIA BILATERAL COMO APRESENTAÇÃO DE PLASMOCITOMA

Filipa Miranda Domingues; Sara Sousa Ferreira; Sara Sabim; Lília Castelo Branco; Cátia Loureiro Pereira; Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: O plasmacitoma é uma neoplasia caracterizada pela proliferação monoclonal de plasmócitos, sendo uma doença do espectro do Mieloma múltiplo (MM) com apresentação de forma localizada.

Caso clínico: Masculino, 56 anos. Autónimo, trabalhador num matadouro. Antecedentes gonartrose bilateral. Referenciado por paraparésia bilateral assimétrica, mais grave à esquerda, com cerca de 1 mês de evolução com progressiva incapacidade funcional. Ao exame Objetivo, força muscular distal grau 2+/5 membro inferior direito e grau 2-/5 do esquerdo. Realizou RMN da coluna, documentando: «... Lesão expansiva da hemivértebra direita de D8...Admite-se com maior probabilidade lesão neoplásica...». À admissão sem anemia (Hb 15,1 g/dL) com leucocitose $18,43 \times 10^9/L$ e neutrofilia relativa 85%, sem alterações no ionograma, função renal e PCR de 4.16 mg/dL. Estudo vírico (HCV, HBV, VIH, CMV e EBV e brucela negativas. Nas primeiras 24h objetivada febre $39,1^\circ C$, ponderou-se o diagnóstico diferencial de espondilodiscite, decidida colete de UC, HC (ambas negativas) e realização de TC-TAP (descrevendo apenas a lesão em T8). Perante a gravidade e evolução rápida do quadro, é transferido para Neurocirurgia, para descompressão emergente e biópsia para esclarecimento etiológico. O resultado anatomopatológico revelou neoplasia de plasmócitos com restrição de cadeias Kappa e exclusão de infeção. O estudo imunohistoquímico mostra reatividade difusa para CD138 e CD56, existindo restrição de cadeias kappa. Do estudo complementar realizado: IgG - 6.42 g/L, IgA e IgM normais, Beta 2 Microglobulina normal, Ca^{2+} 1.26 mmol/L, Cadeias leves livres Kappa 97.90 e Razão Kappa/Lambda livres 8.98 (ambas aumentadas). Realizado mielograma, imunofenotipagem celular e genética e imunofixação urinária sem alterações compatíveis com MM. Iniciou tratamento de indução com corticoterapia sistémica, radioterapia à lesão dirigida com 40Gy/20fr durante 4 semanas seguida de tratamento sistémico e auto-transplante.

Conclusão: O plasmocitoma vertebral é uma causa rara, mas relevante de lesão osteolítica e pode apresentar-se com défice neurológico progressivo, reforçando a importância de uma abordagem sistematizada e multidisciplinar, de forma a permitir um diagnóstico precoce e orientação terapêutica adequada

PO 530

DOR TORÁCICA APARENTEMENTE BENIGNA: QUANDO A RADIOGRAFIA DE TÓRAX FAZ A DIFERENÇA

Ana Rita Ferreira De Oliveira; Daniela Salgueiro; Ângela Paredes Ferreira; Ana Frederica Parente; António Cruz; Daniel Alves; Miguel Torrinhas; Ana Rita Cambão; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A dor torácica é uma das principais causas de admissão no serviço de urgência (SU). Pela diversidade de etiologias possíveis, constitui um desafio diagnóstico. A radiografia de tórax é um exame frequentemente solicitado no SU e a sua correta interpretação pode ser útil no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mulher, 80 anos, excelente estado geral, com antecedentes de poliartrite seronegativa sob leflunamida 20mg 1id e metotrexato 15mg/semanal. Doente refere episódio há cerca de 1 mês de dor torácica intensa, em “*facada*” com irradiação interesternal que motivou observação no SU. À admissão, a doente referia melhora ligeira da dor. Encontrava-se hemodinamicamente estável. Realizou radiografia tórax e foi assumida dor músculo-esquelética.

Posteriormente realizou TC torácica em ambulatório e, face aos achados, foi orientada para o SU. À reavaliação mantinha dor ligeira, desencadeada por esforços. A radiografia realizada na 1ª admissão evidenciava alargamento do mediastino ao nível do arco aórtico, com discreto desvio da traqueia para a direita. A TC descrevia aorta alongada e dilatada, sobretudo na porção torácica com extensa área em crescente na periferia da aorta torácica e na transição toracoabdominal, com hiperdensidade espontânea e menor realce relativamente ao provável verdadeiro lúmen, bem como componente heterogêneo na porção proximal da aorta descendente.

Assumida disseção aórtica Stanford B, relacionada com episódio de dor torácica ocorrido há mais de um mês. O caso foi discutido com Cirurgia Vascular, que não considerou indicação para intervenção, recomendando controlo tensional rigoroso, início de beta-bloqueador e seguimento em consulta prioritária.

Discussão: A disseção aórtica é uma entidade potencialmente fatal. Estima-se que apenas 15–40% dos casos sejam corretamente diagnosticados na primeira apresentação, reforçando a importância da valorização dos achados clínicos e imagiológicos iniciais.

PO 531

FEBRE E LESÕES CUTÂNEAS: O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE SWEET

Ana Rita Ferreira De Oliveira; Marta Batoca Sousa; Daniela Salgueiro; Ângela Paredes Ferreira; Daniel Alves; Miguel Torrinhas; Ana Nascimento; Ana Rita Cambão; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: A síndrome de *Sweet* (SS) é uma dermatose neutrofílica febril aguda caracterizada por febre, neutrofilia, lesões eritematosas e lesões papulares dolorosas. Esta pode ser classificada como: SS clássica, SS associada a malignidade ou SS induzida por drogas.

Caso clínico: Mulher de 41 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, sem medicação habitual. Vive em casa na cidade com água da rede e saneamento público. Sem viagens no último ano. Sem picadas de inseto. Admitida no serviço de urgência (SU) por clínica de febre, anorexia e lesões papulares ao nível da região peri-orbitária com atingimento progressivo dos membros superiores e tronco. À admissão, febre, com lesões papulares de coloração violáceas, dolorosas, ao nível da região peri-orbitária, algumas coalescentes dispersas pelos membros superiores e tronco. Analiticamente leucocitose com neutrofilia, elevação de proteína C reativa (12mg/dL). Colheu hemoculturas que se revelaram negativas. Reação *Widal*, *Wright* e *Weil-Felix* negativas. Estudo autoimune alargado negativo. Sem alterações do complemento. Sem alterações da eletroforese de proteínas. Serologias víricas (VHB, VHC, VIH) negativas. Imune a CMV e EBV. Admitida a possibilidade de dermatose neutrofílica febril aguda e iniciou prednisolona 1mg/kg/dia. Discutido caso com Dermatologia, que confirma a suspeita, assumindo-se o diagnóstico provável de Síndrome de *Sweet* clássica. Durante a permanência no internamento, verificou-se melhora das lesões papulares. Teve alta sob corticoterapia em desmame lento, com orientação posterior para consulta de Dermatologia.

Discussão: Apesar de ser uma patologia rara e de existir uma multiplicidade de situações clínicas que a podem mimetizar, é importante ter sempre presente o Síndrome de *Sweet* no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas associadas a febre.

PO 532

VASCULITE CRIOGLOBULINÉMICA – UM CASO RARO SEM ETIOLOGIA

Henrique Cerveira; Catarina Loureiro; Adriana Santos; Pedro Silva Rodrigues; Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A crioglobulinémia caracteriza-se pela precipitação de imunoglobulinas em vasos de pequeno ou médio calibre a temperaturas inferiores à corporal, provocando lesão orgânica e originando vasculite crio-

globulinémica. Classifica-se em dois grupos principais: tipo I, geralmente associada a doenças hematológicas clonais, e tipos II/III (crioglobulinemias mistas), mais associados a infecção pelo vírus Hepatite C e doenças sistêmicas, como neoplasias hematológicas de linhagem B e doenças do tecido conjuntivo. A apresentação clínica é heterogênea.

Caso clínico: Homem com 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular hipocoagulada e cardiopatia isquêmica e valvular. Recorreu ao Serviço de Urgência por edema e púrpura dos membros inferiores com extensão ao abdômen e tronco. Analiticamente apresentava pancitopenia e lesão renal aguda, com leucoeritrocitúria e proteinúria nefrótica, sem esquizócitos ou marcadores de hemólise. O estudo autoimune foi negativo, exceto fator reumatóide positivo e elevação da velocidade de sedimentação. A investigação etiológica excluiu neoplasia, gamapatia monoclonal, doença linfoproliferativa e infecção. A biópsia renal revelou glomerulonefrite membranoproliferativa e a pesquisa de crioglobulinas séricas foi positiva, estabelecendo-se o diagnóstico de vasculite crioglobulinêmica mista essencial. Realizou pulsos de Metilprednisolona com regressão da púrpura e estabilização da função renal, sendo decidido iniciar Rituximab. O doente faleceu após a alta hospitalar por evento súbito, não tendo sido realizada autópsia clínica.

Conclusão: A vasculite crioglobulinêmica constitui um desafio diagnóstico, exigindo estudo etiológico extenso. Quando não se identifica causa, designa-se forma essencial, representando menos de 10% dos casos. O tratamento baseia-se na imunossupressão (corticoide, rituximab ou ciclofosfamida) e o prognóstico associa-se a risco de recidiva e complicações infecciosas ou linfoproliferativas.

PO 533

VASCULITE REUMATOIDE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

André Santos; Manuel Munhoz Braz; João Horta Antunes; Sara Frazão De Brito; Ana Soares; João Espírito Santo; Nuno Pina Gonçalves

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A vasculite reumatoide (VR) é uma manifestação extra-articular rara da artrite reumatoide (AR). Associa-se a doença de longa duração, seropositividade e forte atividade inflamatória, com títulos elevados de fator reumatoide (FR) e anticorpos anti-CCP. A coexistência de doença arterial periférica (DAP) aterosclerótica, frequente nestes doentes, dificulta o diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 64 anos, com AR seropositiva sob Leflunomida e Prednisolona. Antecedentes de Hipertensão arterial (HTA), dislipidemia e tabagismo. Encaminhado da Reumatologia por lesões isquêmicas distais: 2.º e 3.º dedos do pé esquerdo e 2.º dedo da

mão esquerda. Analiticamente com: PCR-175mg/L, VS-51mm/h, ferritina-445ng/mL; FR 2190-UI/mL; anti-CCP-1492U/mL.

Angio-tomografia evidenciou ateromatose extensa com oclusões femorais e estenoses suboclusivas poplíteas/tibiais.

Perante envolvimento cutâneo-isquêmico, elevada carga autoimune e inflamação sistêmica, foi assumido diagnóstico de VR. Iniciou terapêutica de supressão com pulsos de Metilprednisolona (1g/dia, 3 dias), seguido de esquema de Prednisolona 1mg/kg/dia, com melhoria inicial transitória.

Recorrência de agravamento de isquêmica distal, realizou Rituximab (2 ciclos), Iloprost em perfusão contínua e oxigenoterapia hiperbárica, mantendo antiagregação, anticoagulação e estatina.

Do restante estudo complementar a destacar de novo, doença intersticial pulmonar difusa (vidro despolido, reticulação e espessamento septal), admitindo-se fenótipo fibrosante/UIP provável.

No final do internamento com controlo adequado de resposta inflamatória e regressão de lesões distais, exceptuando necrose do 3.º dedo do pé esquerdo que progrediu para desarticulação cirúrgica.

Discussão: Perante um caso de isquemia distal crítica, a distinção entre VR e aterosclerose tem implicações terapêuticas decisivas, nomeadamente na indicação para imunossupressão intensiva e timings de instituição terapêutica. A distribuição distal das lesões, a elevada carga inflamatória e a resposta à imunossupressão sustentam o contributo vasculítico.

Nas formas graves de VR a imunossupressão com Rituximab têm *outcomes* positivos na AR seropositiva. Em contexto de isquemia digital crítica o Iloprost e terapêutica antitrombótica têm também um papel fundamental.

PO 534

HIPOTIROIDISMO INDUZIDO PELA CARBAMAZEPINA: UM CASO CLÍNICO

Monique Alves¹; Catarina Silva²; Miguel Guerreiro Pacheco²; Liliana Fonseca²

¹ Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

² Unidade Local de Saúde de Santo António

O hipotireoidismo induzido por fármacos é uma entidade potencialmente subdiagnosticada. A carbamazepina é um antiepiléptico com propriedades indutoras enzimáticas hepáticas, pode aumentar o metabolismo periférico das hormonas tiroideias, levando à redução das frações livres de T4 e T3 em 20 a 40%. O reconhecimento desta possível associação farmacológica é importante para evitar diagnósticos errados e garantir monitorização adequada.

Descrevemos o seguinte caso: Mulher de 67 anos, autônoma, antecedentes pessoais de perturbação bipolar, obesidade classe III e bradicardia sinusal, submetida a

implantação de pacemaker em 2018. Medicada com lorazepam 2,5 mg, quetiapina SR 300 mg, valproato de sódio 500 mg, carbamazepina CR 400 mg (1+0+1), pregabalina 50 mg, enalapril 5mg. Ao exame Objetivo fácies incaracterística. Tiroide palpável á deglutição, sem nódulos palpáveis. Função tiroideia: TSH 0,52 µUI/mL (0.30-3.94), T4 livre 0,71 ng/dL (0.95-1.57) e T3 livre 2,05 pg/mL (2.42-4.36)), anticorpos anti-Tg e anticorpos anti-TPO negativos. Base hipofisária normal. Atualmente sob levotiroxina 150 mcg com frações tiroideias normais.

A carbamazepina pode induzir enzimas hepáticas responsáveis pelo aumento da depuração das hormonas tiroideias, levando à diminuição das frações livres de T4 e T3, frequentemente sem elevação proporcional da TSH. Este padrão laboratorial pode mimetizar hipotiroidismo central ou levar a subdiagnóstico. A exclusão de patologia hipofisária é fundamental para estabelecer o diagnóstico diferencial.

Este caso ilustra a importância de considerar o efeito da carbamazepina na função tiroideia. Recomenda-se monitorização periódica da função tiroideia em doentes sob terapêutica com antiepiléticos indutores enzimáticos, de forma a identificar precocemente alterações laboratoriais e orientar adequadamente o seguimento clínico.

PO 535

METILFENIDATO: O POSSÍVEL CULPADO

Juliana Rochate; João M. Correia; Camila Huertas Torres; Sofia Figueiredo Azinheira; João Francisco Abrantes; Ryan Costa Silva

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Com o aumento de diagnósticos de perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), o metilfenidato tem sido crescentemente prescrito. Acarreta um ligeiro aumento de complicações cardiovasculares como disritmias ou hipertensão, sendo o enfarte agudo do miocárdio (EAM) ainda mais raro.

Apresenta-se o caso de uma doente de 32 anos com PHDA, depressão, perturbação da personalidade *borderline*, obesidade e consumo de canabinóides, sob metilfenidato, escitalopram, risperidona e bromazepam. Por ângor com irradiação à mandíbula com síncope foi encaminhada ao SU onde à chegada se presenciou paragem cardio-respiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso, sendo iniciadas manobras de suporte avançado de vida (SAV), tendo tido ritmo desfibrilhável e conseguindo-se retorno à circulação espontânea após 30 ciclos de SAV. Foi admitida em Unidade de Cuidados Intensivos e dos exames complementares a referir supraST nas derivações anteriores, elevação de troponina T (150.000 ng/dL), ecocardiograma com hipocinésia anterior e coronariografia com estenose moderada e erosão da descendente anterior proximal. Numa fase inicial com choque cardiogénico

e distributivo por isquémia-reperusão, mas tendo tido evolução clínica favorável sem sequelas neurológicas, transitando para a enfermaria sob AAS, ticagrelor, estatina e b-bloqueante, admitindo-se PCR em contexto de EAM anterior. Do estudo etiológico a pesquisa de trombofilias foi negativa, o estudo microbiológico e serológico foi negativo, a RM cardíaca revelou cicatriz de enfarte subendocárdico anterior, sem sinais de miocardiopatia ou miocardite e estudo genético foi negativo para doença arritmogénica. Igualmente sem achados sugestivos de dislipidemia familiar. Nos cuidados pós-alta, suspendeu metilfenidato e consumo de *cannabis*.

Descrevemos este caso para atentar sobre o metilfenidato, considerado *culprit* de EAM e PCR nesta doente, com fatores de risco adicionais, nomeadamente presença de obesidade e consumo de canabinóides.

PO 536

PANCITOPENIA E HEMÓLISE INTRAMEDULAR COMO MANIFESTAÇÃO DE ANEMIA PERNICIOSA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Catarina Flor Martins; Rita Marques Borges; Rosário Calado; Francisco Pinheiro; Susana Loureiro; Filipa Daniela Silva; Ana Luísa Azevedo; Maria Isabel Apolinário; Guilherme Castro Gomes

Hospital de Braga

Introdução: A anemia perniciosa é causa frequente de défice de vitamina B12, por gastrite atrófica autoimune mediada por anticorpos contra o fator intrínseco. Habitualmente apresenta-se como anemia macrocítica isolada, podendo raramente cursar com pancitopenia e hemólise intramedular, simulando patologia hematológica primária. Pode associar-se a manifestações neurológicas da síndrome medular combinada e coexistir com outras doenças autoimunes.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, autónoma e sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por dispneia, anorexia, astenia e perda ponderal de 5 kg em um mês, com parestesias distais e alterações da memória. Negava perdas hemáticas, consumo alcoólico ou restrições alimentares. Analiticamente apresentava anemia macrocítica grave (Hb 5,7 g/dL), leucopenia, trombocitopenia e défice de vitamina B12 (95 pg/mL), com hemólise intramedular: haptoglobina indetectável, hiperbilirrubinémia indireta e LDH 1704 U/L. O esfregaço periférico mostrava anisopoiquilocitose, macroovalócitos, dacríócitos e fragmentos eritrocitários. O estudo etiológico revelou anticorpos anti-fator intrínseco e anti-TPO elevados, com função tiroideia preservada. A endoscopia digestiva alta confirmou gastrite atrófica. Assumiu-se anemia perniciosa com pancitopenia e hemólise intramedular com tiroidite autoimune, integrando a síndrome poliglandular autoimune tipo 3. Após início de cianocobalamina intramuscular houve melhora clínica e hematológica progres-

siva, mantendo parestesias e alterações da memória. **Discussão e conclusão:** A anemia perniciosa pode frequentemente apresentar-se com pancitopenia e hemólise, simulando patologia hematológica primária. É essencial considerar o déficit de vitamina B12 no estudo de pancitopenia com hemólise e reconhecer o contexto de autoimunidade. O diagnóstico e tratamento precoce é fundamental, pois o diagnóstico tardio resultou em complicações neurológicas irreversíveis, persistentes apesar da suplementação.

PO 537

PETÉQUIAS NÃO TROMBOCITOPÊNICAS: UMA PISTA PARA VASCULITE C-ANCA

Rita Bento Soares; Celestina Blanco Torres;
Raquel Saraiva Figueiredo; Bárbara Saraiva; João Correia
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: As vasculites associadas a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) constituem um grupo de doenças autoimunes caracterizadas por inflamação de pequenos vasos, podendo envolver múltiplos órgãos com potencial envolvimento multiorgânico. A apresentação clínica é heterogênea, variando desde formas sistêmicas graves até manifestações cutâneas isoladas, o que pode dificultar o reconhecimento precoce.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, autônoma, com antecedentes de cardiopatia valvular complexa, hipertensão pulmonar e peliose hepática, recorre ao serviço de urgência por aparecimento súbito de petéquias extensas nos membros inferiores, ligeiramente dolorosas, com progressão proximal. Negava febre, artralgias, trauma ou início de novos fármacos.

Ao exame Objetivo apresentava lesões purpúricas palpáveis, que não desapareciam à digitopressão, confluentes nos membros inferiores, sem edema significativo, eupneica em ar ambiente e hemodinamicamente estável. Analiticamente destacava-se hemograma sem trombocitopenia, função renal preservada e elevação discreta da velocidade de sedimentação.

O estudo imunológico revelou positividade para ANCA citoplasmático (c-ANCA), compatível com vasculite de pequenos vasos. A paciente teve alta com seguimento em hospital de dia e aguarda os resultados da biópsia de pele.

Foi iniciada corticoterapia sistêmica, com melhoria rápida das lesões cutâneas e evolução clínica favorável, permitindo alta com encaminhamento para Hospital de Dia para seguimento e ajuste terapêutico.

Discussão: Este caso evidencia que vasculites ANCA-associadas podem apresentar-se inicialmente manifestações cutâneas isoladas de forma limitada à pele, sem sinais sistêmicos, simulando quadros dermatológicos benignos. A suspeição clínica e a investigação imunológica dirigida são essenciais para diagnóstico precoce e início de terapêutica imunossupressora,

prevenindo progressão para envolvimento multiorgânico, nomeadamente renal e pulmonar.

PO 538

ENDOCARDITE PROTÉSICA POR CUTIBACTERIUM ACNES: QUANDO O RARO ENGANA

Henrique Cerveira; Catarina Loureiro; Pedro Silva Rodrigues;
Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A endocardite protésica por *Cutibacterium acnes* é rara, indolente e frequentemente subdiagnosticada. A ausência de febre, inflamação discreta e hemoculturas negativas dificultam o diagnóstico, podendo o agente ser considerado contaminante. Apesar da baixa virulência aparente, a formação de biofilme pode causar destruição perivalvular relevante.

Caso clínico: Homem, 55 anos, portador de pacemaker biventricular e prótese valvular aórtica mecânica desde 2013, reintervencionado em 2022 por insuficiência protésica com abscesso perivalvular e hemocultura positiva para MSSA, tratado como endocardite. Três anos depois apresentou episódios neurológicos transitórios recorrentes e lesões cutâneas nodulares migratórias com 5 meses de evolução, mantendo apirexia. Analiticamente sem inflamação relevante, VS discretamente aumentada e ANCA-PR3 > 200 U/mL. Hemoculturas seriadas negativas e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Para melhor esclarecimento, realizou PET-FDG, que evidenciou hipermetabolismo na prótese aórtica compatível com endocardite e foco sugestivo de embolização séptica, motivando o início de antibioterapia empírica. O ecocardiograma transesofágico confirmou vegetação protésica sem disfunção major e o estudo microbiológico alargado foi negativo, isolando-se posteriormente *C. acnes* em um set de hemoculturas de crescimento prolongado. Em reunião multidisciplinar, face à estabilidade clínica, ausência de disfunção protésica significativa e elevado risco cirúrgico, optou-se por antibioterapia supressiva e seguimento especializado.

Discussão: A endocardite protésica por *Cutibacterium acnes* é rara e subdiagnosticada, dada a sua evolução indolente. Neste caso, a positividade de ANCA-PR3 constituiu um fator confundidor, tendo a PET sido determinante no diagnóstico perante hemoculturas inicialmente negativas. Realça-se ainda a antibioterapia supressiva como opção em doentes criteriosamente selecionados quando o risco cirúrgico é elevado.

PO 539

DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Élia Joana Pinto; Filipa Miranda Domingues; Rita Silva; Cátia Loureiro Pereira; Elisabete Pinelo; Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A dermatomiosite amiopática (DMA) é uma variante da dermatomiosite caracterizada por manifestações cutâneas típicas (pápulas de Gottron e rash heliotropo peri-orbitário) sem envolvimento clínico muscular e sem elevação das enzimas musculares. Constitui um desafio diagnóstico, uma vez que os doentes não apresentam fraqueza muscular evidente, característica central da dermatomiosite clássica.

Caso clínico: Feminino, 49 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por exantema generalizado, inicialmente com atingimento periorbitário e, posteriormente, com extensão ao tronco e face lateral das coxas, poupando palmas e plantas. Associadamente com dor e tumefação difusa das articulações radiocárpicas e síndrome sicca, sem febre. Ao exame Objetivo, edema das articulações radiocárpicas, rash periorbitário e exantema mais evidente na região superior do tórax e face lateral das coxas.

Analiticamente, com velocidade sedimentação 38 mm/h, creatinaquinase total 14 U/L, mioglobina 13.0 ng/ml, aldolase 6.3 U/L, fator reumatóide e anticoagulante lúpico negativos. Na eletroforese de proteínas, com elevação de alfa 1 e 2 globulinas. O estudo de neoplasia foi negativo.

Assumido o diagnóstico de DMA, iniciou corticoterapia sistémica com resolução das queixas articulares e melhoria progressiva do rash e do prurido. Teve alta com manutenção de discreto eritema periorbitário e reavaliação a curto prazo em consulta externa de doenças autoimunes.

Discussão: Este é um caso interessante uma vez que nos relembra da variante amiopática da dermatomiosite que se caracteriza pela ausência de queixas musculares e de rabdomiólise. A presença de rash peri-orbitário e sinal do coldre reforçaram a hipótese diagnóstica. É essencial diagnosticar e tratar precocemente considerando sempre o diagnóstico diferencial com outras doenças autoimunes e pesquisa de neoplasias.

PO 540

LIPODISTROFIA PARCIAL ADQUIRIDA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Monique Alves¹; Miguel Guerreiro Pacheco²; Catarina Silva²; Liliana Fonseca²

¹Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro; ²Unidade Local de Saúde de Santo António

As lipodistrofias constituem um grupo heterogéneo de doenças raras caracterizadas pela perda parcial ou generalizada de tecido adiposo. A lipodistrofia parcial adquirida caracteriza-se tipicamente por perda progres-

siva de tecido adiposo cefalo-caudal e a sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, podendo estar associada a doenças autoimunes ou a glomerulonefrite membranoproliferativa. Apresenta-se o caso de uma mulher de 43 anos, autónoma. Foi referenciada pela Genética à consulta por lipodistrofia, com perda de tecido adiposo cefalo caudal desde os 12 anos de idade. Submetida a vários enxertos de gordura na face. Sem antecedentes pessoais conhecidos de doenças autoimunes ou outras doenças. Sem história familiar conhecida de lipodistrofia. Ao exame Objetivo: perda de tecido adiposo cefalo-caudal. Dados antropométricos: peso 62 kg, altura 1,73 m, índice de massa corporal (IMC) 20,7 kg/m², perímetro abdominal 67 cm e perímetro da anca 77 cm. Avaliação laboratorial: consumo de C3 (50,5 mg/dL; referência 81–167 mg/dL), com C4 normal, função renal e sedimento urinário sem alterações relevantes, sem proteinúria e sem eritrocitúria. Parâmetros metabólicos: HbA1c 5%, glicemia 95 mg/dL, colesterol total 184 mg/dL, triglicéridos 86 mg/dL, HDL 73 mg/dL, colesterol não-HDL 111 mg/dL e LDL 94 mg/dL. Painel de lipodistrofias parciais negativo. Aguarda resultado do doseamento de leptina. A DXA para avaliação corporal demonstrou Fat Mass Ratio (FMR) 0,44, percentagem de massa gorda nos membros superiores abaixo do percentil 5, no tronco abaixo do percentil 1, e aumentada nos membros inferiores, compatível com lipodistrofia parcial adquirida. O caso clínico, ilustra a importância de um elevado grau de suspeição clínica no diagnóstico de lipodistrofia parcial adquirida, uma entidade rara e frequentemente subdiagnosticada. O reconhecimento precoce desta condição permite não só a correta caracterização fenotípica, mas também a vigilância adequada de potenciais complicações metabólicas, renais e autoimunes. Uma abordagem multidisciplinar, centrada na monitorização metabólica, na otimização do estilo de vida e no suporte terapêutico individualizado, é fundamental para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida destes doentes.

PO 541

DA SÉPSIS À AUTOIMUNIDADE: SÍNDROME ANTISSINTETASE ANTI-PL7 COMO DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rita Bento Soares; Celestina Blanco Torres; Raquel Saraiva Figueiredo; Bárbara Saraiva; João Correia
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Introdução: A síndrome antissintetase (SAS) é uma entidade rara associada às miopatias inflamatórias idiopáticas (MII), caracterizada pela presença de autoanticorpos dirigidos contra aminoacil-tRNA sintetases. Apresenta marcada heterogeneidade clínica, incluindo miosite, artrite, manifestações cutâneas e envolvimento pulmonar, podendo mimetizar quadros infecciosos.

Caso clínico: Homem de 65 anos, autónomo, recorre

ao serviço de urgência por mialgias, cefaleia e mal-estar geral. Referia três semanas de evolução de fraqueza muscular proximal simétrica, envolvendo cinturas escapular e pélvica, associada a artralguas inflamatórias das mãos, punhos, cotovelos e joelhos, com rigidez matinal superior a três horas e fenómeno de Raynaud bifásico.

Ao exame Objetivo apresentava défice de força muscular proximal (2/5) nos membros superiores, dactilite e alterações cutâneas compatíveis com “mãos de mecânico”. A auscultação pulmonar identificavam-se crepitações bibasais.

Durante a admissão apresentou flutter auricular com instabilidade hemodinâmica, tendo sido submetido a cardioversão elétrica sincronizada com reversão para ritmo sinusal. Perante hipotensão persistente necessitou de suporte aminérgico e admissão em cuidados intensivos com suspeita de choque séptico de foco indeterminado.

Analicamente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios. A tomografia torácica revelou derrame pericárdico moderado e derrame pleural bilateral. A radiografia torácica evidenciou padrão intersticial e as provas de função pulmonar demonstraram padrão restritivo.

O estudo imunológico revelou anticorpos antinucleares (ANA) 1:640 e positividade para anticorpos Mi-2B e anti-PL7, estabelecendo o diagnóstico de dermatomiosite associada a SAS.

O paciente encontra-se em acompanhamento e aguarda os resultados da biópsia muscular e do estudo eletromiográfico (EMG) para avaliação diagnóstica complementar. Foi iniciada corticoterapia sistémica, com melhoria clínica e laboratorial.

Discussão: Este caso destaca a importância de considerar MII no diagnóstico diferencial de quadros sistémicos inespecíficos. O reconhecimento precoce da SAS é fundamental para instituir terapêutica imunossupressora adequada e prevenir complicações, nomeadamente doença pulmonar intersticial.

PO 542

MANIFESTAÇÕES PULMONARES COMO MANIFESTAÇÕES INAUGURAIS DE SÍNDROME ANTI-SINETASE

Henrique Jesus; Pedro Carrilho; Filipa Gomes; Carolina Zinterl; Rui Resende Bastos; Tiago Sepúlveda Santos
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A síndrome anti-sintetase é uma doença autoimune rara do espectro das miopatias anti-inflamatórias idiopáticas, caracterizada pela presença de autoanticorpos anti-tRNA. Em algumas situações, a apresentação pulmonar pode ser a manifestação inicial da doença, mimetizando quadros infecciosos e dificultando o diagnóstico precoce.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem, 68 anos, com mialgias e fraqueza muscular, associadas a

tosse produtiva. Inicialmente, por fraqueza muscular, hipoxemia ligeira e alterações radiológicas sugestivas de Pneumonia Adquirida na Comunidade, é medicado empiricamente com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Por ausência de resposta clínica e surgimento de novo de artralguas e colúria, foi realizada TC torácica, que revelou focos de consolidação e espessamento parietal brônquico difuso, e avaliação analítica, que destacou elevação marcada da CK, transaminases e LDH, compatíveis com rabdomiólise, elevação da PCR e sedimento urinário com deteção do grupo heme e proteinúria não nefrótica.

Mantendo-se a suspeita de pneumonia (equacionando-se etiologia zoonótica, pelo espectro de manifestações, alterações analíticas e evolução atípica), iniciou antibioterapia com doxiciclina. No decurso da investigação, foram excluídas causas infecciosas e neoplásicas. A eletromiografia revelou um padrão de necrose e o estudo de autoimunidade foi positivo para os anticorpos anti-Ro52 e anti-Jo1, compatível com o diagnóstico de Síndrome Anti-sintetase, aguardando resultado de biópsia muscular. Foi então iniciada terapêutica imunossupressora com prednisolona, rituximab e micofenolato de mofetil, apresentando uma recuperação clínica e analítica significativa e sustentada.

Discussão: Este caso ilustra a importância de considerar etiologias autoimunes em doentes com suspeita de infeção respiratória, que não tenham resposta adequada à terapêutica antibiótica. A associação de mialgias, fraqueza muscular e rabdomiólise levantaram a suspeita desta miopatia. O padrão eletromiográfico e a positividade para anti-Ro52 e anti-Jo1 permitiram estabelecer o diagnóstico. O reconhecimento tratamento precoce desta entidade são essenciais para a instituição de terapêutica imunossupressora, alterando o curso da doença e permitindo melhorar o prognóstico.

PO 543

CASO CLÍNICO: CIATALGIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO IGD

Élia Joana Pinto; Filipa Miranda Domingues; Rita Silva; Sara Sousa Ferreira; António Maria Baptista; Eugénia Madureira

Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) IgD é uma variante rara de MM e está frequentemente associada a uma apresentação mais agressiva, com maior incidência de insuficiência renal, doença óssea extensa e envolvimento extramedular.

Caso clínico: Masculino, 59 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hábitos etílicos e discopatia L4-L5 com ciatalgia habitual. Recorreu ao serviço de urgência por dor localizada na anca esquerda com irradiação para o membro inferior ipsilateral, com várias semanas de evolução, refratária à terapêutica analgésica, associada a anorexia e perda

ponderal não quantificada.

Analiticamente, com hemoglobina 13,5 g/dL, sem leucocitose, função renal normal, elevação das transaminases, fosfatase alcalina 299 U/L, GGT 1459 U/L e LDH 455 U/L. A TC abdominopélvica mostrou incontáveis lesões hepáticas e uma volumosa lesão expansiva do íliaco esquerdo. A TC crânioencefalica e vertebral apresentava múltiplas lesões líticas incluindo calote craniana. Do estudo efetuado, apresentava cálcio e Igs normais e uma elevação da $\beta 2$ microglobulina. A eletroforese apresentava uma diminuição da gama globulina e na imunoeletroforese sérica identificou-se uma banda com características monoclonais, caracterizada como cadeias leves Lambda livres. A biópsia da massa ilíaca demonstrou uma neoplasia de plasmócitos com restrição de cadeias leves lambda, compatível com MM em contexto clínico, analítico e imagiológico. Iniciou corticoterapia e foi orientado para Hematologia onde iniciou tratamento dirigido.

Discussão: Este caso evidencia que a cialgia persistente, refratária à terapêutica analgésica e acompanhada de sintomas constitucionais, deve motivar investigação etiológica dirigida. A identificação precoce de sinais de alarme é determinante para o diagnóstico atempado de patologias hematológicas agressivas, o que pode ampliar as possibilidades de tratamento e melhorar o seu prognóstico reservado.

PO 544

PÊNFIGO BOLHOSO INDUZIDO POR ANTI-DIABÉTICO ORAL: RELATO DE CASO

Ana Beatriz Machado; Daniel Castanheira;
Gabriel de Carvalho Ferreira; Raquel Almeida
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: O pênfigo bolhoso é uma doença autoimune da pele que pode ser induzida por fármacos e muitas vezes apresenta-se com infecção bacteriana secundária das bolhas. Apresenta-se este caso para destacar a importância da identificação precoce de reações cutâneas graves e a necessidade de abordagem multidisciplinar em idosos com múltiplas comorbilidades.

Caso Clínico: Mulher de 84 anos, totalmente dependente, com diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome demencial e asma brônquica. Habitualmente medicada com lisinopril, sinvastatina, metformina + sitagliptina, memantina, quetiapina e montelucaste. Sem alergias conhecidas. Foi encaminhada ao SUG por úlcera sagrada grau IV infectada e dermatite bolhosa difusa, que poupava mucosas. Apresentava-se desidratada e com múltiplas bolhas coalescentes (TT=37,4°C). Analiticamente tinha anemia normocítica normocrômica e PCR de 148 mg/L. Iniciou antibioterapia empírica com meropenem, ajustada para amoxicilina/ácido clavulânico após isolamento de MSSA, com boa evolução. Úlcera sagrada tratada por cirurgia plástica, com cicatrizarão por segunda intenção.

Realizou biópsia cutânea e suspendeu antidiabéticos orais (sitagliptina) devido a suspeita de pênfigo bolhoso secundário ao fármaco, no entanto continuaram a aparecer novas lesões, pelo que fez a toma de doxiciclina 100 mg 12/12h e de prednisolona 20 mg, associada a cetirizina. A biópsia cutânea confirmou pênfigo bolhoso e teve evolução favorável, com resolução das lesões no tronco.

Discussão: O pênfigo bolhoso é uma doença autoimune subepidérmica, mediada por auto-anticorpos contra a desmogleína 1 e 3, causando bolhas tensas em pele. A incidência aumenta com a idade, sendo mais frequente em indivíduos com polimedicação. Recentes evidências associam inibidores de DPP4, como sitagliptina, ao desencadeamento de pênfigo bolhoso. Acredita-se que esses fármacos alteram a resposta imune cutânea, favorecendo a produção de autoanticorpos contra proteínas de adesão epidérmica.

PO 545

DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA REVERSÍVEL APÓS INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO: DOIS CASOS CLÍNICOS

Clara Pinto; Margarida Midões Almeida; Joana Melo;
Inês Silva Pinheiro; Ana Sofia Martins; Susana Cavadas
ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

Introdução: A inalação de monóxido de carbono (CO) é uma causa frequente de intoxicação, podendo resultar em disfunção cardiovascular significativa, inclusive em adultos jovens previamente saudáveis. A lesão miocárdica secundária ao CO é geralmente reversível, decorrente de stress hipóxico e inibição mitocondrial direta, distinguindo-se da necrose isquémica por oclusão coronária.

Casos clínicos: Os autores apresentam os casos de dois adultos jovens (masculino e feminino de 19 anos), sem antecedentes cardiovasculares, que foram enviados ao serviço de urgência por episódio de síncope no domicílio, que se concluiu ser secundária a intoxicação por CO. À admissão, ambos apresentavam taquicardia sinusal no eletrocardiograma. À avaliação, o primeiro apresentava taquicardia (FC 133 bpm) e aumento do QTc (495 ms), com hipertensão, elevação marcada de biomarcadores de lesão miocárdica (troponina T: 616 pg/mL) e disfunção ventricular esquerda (VE) moderada. O segundo apresentava precordialgia, taquicardia (FC 100 bpm), elevação moderada de troponina T (122 pg/mL) e alterações ecocardiográficas ligeiras. Ambos foram submetidos a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) a 2,4 ATA (80 min, duas sessões), com normalização célere dos níveis de carboxihemoglobina (COHb) e recuperação integral da função VE.

Conclusão: Estes casos ilustram o espectro e a reversibilidade da cardiotoxicidade induzida pelo CO, enfatizando que a apresentação clínica nem sempre se correlaciona com os achados bioquímicos ou imagiológicos.

A disfunção observada representa uma lesão miocárdica do tipo 2, pelo desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigénio por hipóxia celular severa. A elevação da troponina é um marcador prognóstico sensível, exigindo monitorização rigorosa. A evidência de lesão miocárdica constitui, por si só, uma indicação formal para a instituição precoce de OHB. Esta permanece o pilar terapêutico, facilitando a dissociação da COHb e promovendo a recuperação integral da função cardíaca.

PO 546

EDEMA DO PÊNIS PÓS-PARACENTESE: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Maria Teresa Mesquita Tavares Almeida Andrade;
Filipa Gonçalves; Mariana Borges Godinho;
Sara Almeida Ramalho

ULS De Almada-Seixal, EPE - Hospital Garcia De Orta

Introdução: A paracentese abdominal é um procedimento que envolve a remoção de líquido ascítico da cavidade peritoneal, com carácter diagnóstico e/ou terapêutico. Globalmente, é um procedimento seguro com poucas complicações associadas, salientando-se o extravasamento de líquido ascítico, hemorragia, perfuração intestinal e infeção. Apresenta-se um caso de edema genital pós-paracentese, que constitui uma complicação rara, com poucos casos documentados.

Caso clínico: Sexo masculino, 62 anos, internado com o diagnóstico inaugural de doença hepática crónica avançada associada ao álcool e viral por hepatite B crónica descompensada com ascite. Durante o internamento, por ascite refratária por intolerância à titulação de diuréticos, realizou no total três paracenteses de grande volume. Dois dias após a segunda paracentese, na qual foram drenados 6,8 litros de líquido ascítico, o doente desenvolveu edema do pénis exuberante, sem envolvimento do escroto, indolor, sem disúria ou diminuição do débito urinário, negando história de trauma. Ao exame Objetivo, não apresentava dor à palpação, rubor, aumento da temperatura, lesões cutâneas, exsudado uretral, febre ou sinais de congestão. Não se verificaram alterações analíticas significativas, nomeadamente aumento dos parâmetros inflamatórios, alterações na avaliação sumária de urina ou urocultura. Manteve terapêutica diurética oral em baixa dose e verificou-se regressão do quadro após três dias. Foi pedida ecografia peniana, que não realizou tendo em conta a resolução do quadro. Não se verificaram episódios semelhantes durante o internamento.

Conclusão: O caso aborda um quadro de edema do pénis subsequente à realização de paracentese que, após revisão da literatura, exclusão de outras causas e contexto temporal, foi assumido como uma complicação rara do procedimento. Apesar do seu carácter benigno, pode provocar desconforto e promover a realização de exames complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas desnecessárias. Assim, o reconhecimento

desta potencial complicação poderá contribuir para a otimização de recursos, redução de custos e tranquilização do doente e profissionais de saúde em casos de edema do pénis isolado pós-paracentese.

PO 547

HIPOMAGNESEMIA GRAVE COMO CAUSA REVERSÍVEL DE SÍNDROME CEREBELOSA E MIOCLONIAS

Ana Beatriz Machado; Daniel Castanheira; Raquel Almeida
Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A hipomagnesemia é uma perturbação eletrolítica frequentemente subdiagnosticada que pode causar graves manifestações neurológicas, incluindo ataxia, nistagmo, tremor e mioclonias. Sendo o magnésio essencial para os processos de neurotransmissão, função enzimática e estabilidade vascular, a sua deficiência pode mimetizar síndromes cerebelares e outros processos neurológicos complexos, o que pode levar a diagnósticos incorretos e realização de exames complementares extensos.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes tipo 2, com polimedicação crónica (incluindo diurético tiazídico e inibidor da bomba de prótons), apresentou quadro subagudo com 5 meses de evolução de vertigem progressiva, ataxia, incapacidade para a marcha, tremores e episódios de movimentos oculares anormais, com agravamento paroxístico. Na avaliação neurológica mostrou nistagmo multidirecional, tremor intencional e mioclonias generalizadas. Analiticamente revelou hipocaliemia e hipomagnesemia graves. Durante o internamento realizou TC-TAP, RM-CE, ecografia mamária e PET que não revelaram alterações de relevo, análises com pesquisa de anticorpos onconeuronais normais. A correção iónica levou à resolução completa do quadro sintomático confirmando a etiologia metabólica.

Discussão: A hipomagnesemia grave ($< \sim 1,3 \text{ mg/dL}$) tem sido associada a um amplo espectro de manifestações neurológicas, incluindo tremor (postural e de intenção), ataxia troncular e de membros, nistagmo vertical ou horizontal, mioclonias e distúrbios do movimento. Muitas vezes são confundidos com doenças cerebelares primárias ou paraneoplásicas. Farmacologicamente, medicamentos como diuréticos e inibidores da bomba de prótons estão implicados como causas comuns de hipomagnesemia e devem ser considerados. O reconhecimento precoce e a correção adequada do magnésio sérico podem resultar em recuperação completa, evitando exames desnecessários e prolongamento do tempo de internamento,

PO 548

QUANDO A FEBRE NÃO É INFECÇÃO

João Afonso; Mafalda Maria Santos; Daniela Diniz;
Joana Frutuoso; Ana Filipa Rodrigues; Joana Louro
Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

Introdução: A febre sem foco é um desafio diagnóstico. A distinção entre etiologias é essencial, dada a implicação na abordagem terapêutica.

Caso clínico: Mulher, 40 anos, melanodérmica, com antecedentes de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) sem seguimento ou terapêutica, recorreu à urgência por fraqueza generalizada e perda ponderal de 20kg em 6 meses. Negava febre, dispneia, melenas e sudorese noturna.

À admissão, sarcopénica, hemodinamicamente estável, eupneica, auscultação cardiopulmonar com crepitações basais, sem sopros. Abdómen indolor sem massas ou organomegalias. Adenopatias generalizadas. A destacar nas análises hemoglobina (Hb) 9.8g/dL, LDH 480U/L e PCR 1.4mg/dL. TC corpo com “múltiplas adenopatias, nodulação peribroncovascular pulmonar bilateral e lesão cefálica pancreática”.

Ao 5º dia de internamento começou febre, predomínio vespertino, com aumento de parâmetros inflamatórios. Iniciou antibioterapia, sem resposta clínica. Uro e hemoculturas, serologias virais e IGRA negativos. RM tóraco-abdominal: “derrame/espessamento pleural, pâncreas globoso sem sinais de neoplasia”. Ecocardiograma sem derrame pericárdico ou vegetações.

Posteriormente iniciou artralgias inflamatórias, constatando-se alopecia, mas sem artrite, rash malar ou alterações cutâneas. Reavaliação com leucopenia ($1.6 \times 10^3/uL$), Hb 8g/dL (Coombs Direto +), sem trombocitopenia, creatinina 0.80mg/dL, CK 79U/L, PCR 12.6mg/dL, VS 120mm, haptoglobina 350mg/dL e hipergammaglobulinemia policlonal. Consumo de C4 (6mg/dL), ANA 1:640, anti-dsDNA 51u/ml e anti-Smith 221u/ml. Urina leucoeritrocitúria, proteínas 76mg/dL, creatinina 51.5mg/dL e microalbuminúria 134mg/L.

Assumido flare de LES (SLEDAI 19) com Nefrite Lúpica iniciando hidroxicloroquina e prednisolona. Biópsia renal confirmou Nefrite Lúpica classe III. Começou pulsos de Metilprednisolona e Micofenolato de Mofetil.

Conclusão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da febre em contexto de síndrome consumptivo, salientando a importância de considerar sempre as doenças autoimunes.

PO 549

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA MEDIASTÍNICO

Carolina Castro Gandra; Joana A. Duarte; Pedro Ferreira;
Antony Dionísio; Francisca Ramos; Gonçalo Ribeiro;
Inês Andrade; Margarida J. Marcelino

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

A síndrome da veia cava superior (SVCS) pode representar uma emergência médica, resultando da obstrução do fluxo venoso na veia cava superior (VCS). Manifesta-se tipicamente por edema da face e pescoço, circulação venosa colateral torácica, dispneia, disfagia e sintomas neurológicos. A etiologia é maioritariamente maligna, resultando de compressão extrínseca ou trombose luminal associada a neoplasias, sobretudo pulmonares e linfomas mediastínicos.

Caso clínico: Homem de 44 anos, sem antecedentes relevantes. Recorreu ao Serviço de Urgência por três semanas de evolução de tumefação cervical em agravamento progressivo, associada a dor, odinofagia e disfagia, com agravamento em decúbito e com elevação dos membros superiores. Referia ainda perda ponderal (~7 kg em cinco meses), sudorese noturna e sensação febril prolongada. Ao exame Objetivo destacava-se tumefação cervical direita marcada e circulação venosa colateral na porção superior do tórax. Analiticamente apresentava elevação da proteína C-reativa (13,4 mg/dL) e D-dímeros (1418 ng/mL). A TAC torácica e cervical revelou trombose oclusiva extensa da veia jugular interna direita e da veia cava superior, com extensão à aurícula direita, associada a volumosa massa mediastínica anterior (~11 cm) com adenopatias mediastínicas. A biópsia confirmou linfoma B difuso de grandes células, sugestivo de linfoma primário do mediastino. A PET demonstrou massa mediastínica hipermetabólica com envolvimento ganglionar e imagem compatível com trombo tumoral na VCS. Iniciou anticoagulação terapêutica e corticoterapia, sendo posteriormente transferido para Hematologia para início de quimioterapia dirigida, com melhoria clínica progressiva.

Discussão: A SVCS é uma entidade potencialmente grave. A maioria dos casos tem etiologia maligna, sendo o tratamento dirigido à doença subjacente a principal estratégia terapêutica. A identificação precoce dos sinais de congestão venosa superior é fundamental para diagnóstico atempado, confirmado através de métodos de imagem, e início rápido do tratamento etiológico. Destaca-se ainda a importância da literacia em saúde, incentivando os doentes a procurar avaliação médica perante sintomas persistentes, bem como a necessidade de sensibilização da comunidade médica para esta entidade clínica.

PO 550

ESPLENOMEGÁLIA MACIÇA: MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE NIEMANN-PICK NO ADULTO JOVEM

Filipa Gomes da Costa; Pedro Teixeira Vaz; Luís Landeiro; Mariana Koehler; Margarida Proença; Natália Marto; Alexandra Bayão Horta

Hospital da Luz Lisboa

Introdução: A esplenomegália maciça no adulto jovem representa um desafio diagnóstico, exigindo a consideração de etiologias linfoproliferativas, infecciosas e infiltrativas. As doenças de armazenamento dos lisossomas são raras e frequentemente subdiagnosticadas na idade adulta, dada a sua apresentação clínica inespecífica. A doença de Niemann-Pick tipo A/B é uma doença autossômica recessiva causada por déficit de esfingomielinase ácida, conduzindo à acumulação de esfingomielina nos lisossomas.

Caso clínico: Homem, 33 anos, natural da Líbia, previamente saudável, avaliado no Serviço de Urgência por pneumonia do lobo inferior direito. Por dor no hipocôndrio direito, realizou tomografia abdominopélvica que evidenciou hepatoesplenomegália, com nódulos esplênicos e sinais sugestivos de hipertensão portal. Após resolução do quadro infeccioso, manteve seguimento em consulta de Medicina Interna para investigação etiológica de esplenomegália maciça, sem sintomas ou adenomegalias. Foi excluída etiologia infecciosa (VIH, leishmaniose, esquistossomíase, malária). Fez ressonância magnética abdominal que confirmou hepatoesplenomegália de 25 x 19,6 x 9,2 cm, assim como nódulos esplênicos inespecíficos. Realizou mielograma e biópsia de medula óssea, que excluiu doença hematológica e evidenciou padrão compatível com doença de armazenamento. O estudo genético identificou mutação homozigótica patogénica c.1829_1831del, confirmando doença de Niemann-Pick tipo A/B. O doente foi encaminhado a centro de referência.

Discussão: A apresentação da doença de Niemann-Pick na idade adulta é rara e subdiagnosticada, sobretudo na ausência de citopenias ou sintomatologia sistémica. Este caso reforça a importância de considerar doenças de armazenamento dos lisossomas perante esplenomegália maciça isolada, mesmo em doentes assintomáticos. O diagnóstico precoce permite aconselhamento genético e acesso a terapêutica dirigida.

PO 551

DERRAME PLEURAL NA DOENÇA HEPÁTICA CRÓNICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Maria Teresa Mesquita Tavares Almeida Andrade; Filipa Gonçalves; Mariana Godinho; Sara Almeida Ramalho
ULS De Almada-Seixal, EPE - Hospital Garcia De Orta

Introdução: O hidrotórax hepático (HH) corresponde a um derrame pleural (DP) num doente com cirrose na ausência de outras causas subjacentes, apresentan-

do-se tipicamente com características de transudado, localização à direita e presença simultânea de ascite. O caso apresentado reforça a importância da exclusão de diagnósticos alternativos, mesmo num contexto clínico sugestivo.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 62 anos, com antecedentes de tabagismo e história de consumo de álcool, foi internado com o diagnóstico inaugural de doença hepática crónica avançada associada ao álcool e viral por hepatite B crónica descompensada com ascite e insuficiência respiratória parcial. Verificou-se melhoria da ascite com terapêutica diurética e duas paracenteses de grande volume, tendo mantido dispneia e dificuldade no desmame de oxigenoterapia. Neste contexto, realizou tomografia computadorizada torácica com identificação de DP extenso à direita que, pelas características de transudado, sem isolamentos microbiológicos, citologia inicial sem células neoplásicas, contexto clínico e ausência de alterações imagiológicas sugestivas de causas alternativas, foi assumido como HH. Foi proposto para shunt portossistémico intra-hepático e referenciado para transplante hepático. Tendo em conta DP refratário com intolerância à titulação de diuréticos, realizou durante o internamento cinco toracocenteses terapêuticas, com repetição da avaliação do líquido pleural e identificação de uma citologia positiva para malignidade compatível com metastização pleural por adenocarcinoma pulmonar. Teve alta encaminhado a consulta de Hepatologia e Pneumologia Oncológica para estadiamento.

Conclusão: O caso aborda um diagnóstico de DP maligno assumido como HH num doente com doença hepática crónica avançada e citologia do líquido ascítico inicialmente negativa. Tendo em conta o seu impacto determinante na abordagem terapêutica e no prognóstico, salienta-se a importância de uma investigação exaustiva para exclusão de etiologia neoplásica, particularmente na existência de fatores de risco e em casos de evolução atípica, mesmo com citologia negativa, uma vez que a citologia do líquido pleural tem uma sensibilidade limitada e um resultado negativo não exclui malignidade.

PO 552

ENDOCARDITE POR CAMPYLOBACTER FETUS EM VÁLVULA NATIVA: UM CASO RARO COM COMPLICAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS

Gabriela Alves Rodrigues; João Pedro F. Marques; Ana Alves Cardoso; António Martins Baptista; Inês Parreira
Unidade Local de Saúde de Santa Maria

O *Campylobacter fetus* é um bacilo gram-negativo responsável por infeções graves, particularmente em doentes com comorbilidades ou imunossupressão. A endocardite por *C. fetus* é uma patologia rara, descrita sobretudo em portadores de válvulas protésicas, podendo associar-se a complicações graves com eleva-

da morbidade e mortalidade.

Homem, 60 anos, com cirrose hepática por vírus da hepatite C, hipertensão portal, carcinoma hepatocelular e trombose da veia porta, admitido por febre vespertina, dor abdominal, náuseas, enfartamento e colúria com 4 dias de evolução. À observação encontrava-se apirético, com abdômen globoso e indolor à palpação. Laboratorialmente destacava-se leucocitose (12.100/ μ L), PCR 17,4 mg/dL e D-dímeros de 21,03 μ g/mL. A ecografia abdominal revelou ascite moderada não pura. A paracentese diagnóstica mostrou 1200 PMN/ μ L, sendo assumido o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea e iniciada antibióterapia com piperacilina-tazobactam. Durante o internamento foi identificado *Campylobacter fetus* em hemoculturas. O ecocardiograma transtorácico e transesofágico revelou vegetação compatível com endocardite infecciosa da válvula aórtica nativa. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou trombose extensa do sistema venoso esplenoporto-mesentérico, sugestiva de tromboflebite séptica, associada a enfarte esplênico e sinais de isquemia do duodeno e jejuno proximal, além de derrame pleural compatível com empiema. Assumiu-se sépsis a *Campylobacter fetus*, provavelmente por translocação bacteriana secundária a isquemia intestinal, complicada por endocardite da válvula aórtica e embolização séptica múltipla. Teve alta com indicação para completar ciclo de antibióterapia com amoxicilina/ácido clavulânico.

A doença hepática crônica constitui um importante fator de risco para infecções invasivas por *Campylobacter*. Perante bacteriemia por *C. fetus*, deve ser considerada a pesquisa ativa de focos endovasculares, nomeadamente endocardite infecciosa, mesmo na ausência de válvula protésica, dada a sua associação a fenómenos trombóticos e embolização séptica.

PO 553

CUIDADO COM O BALDE

Ana De Oliveira Parreira; Marco Ramos; Alexandre Carvalho; Filipa Cunha; Rita Pinto; Céu Rodrigues
Hospital de Braga

Introdução: Em contexto traumático, as neuropatias periféricas observadas são geralmente mononeuropatias ou polineuropatias focais, raramente são polineuropatias periféricas simétricas, estas são frequentemente associadas a etiologias metabólicas e tóxicas. As neuropatias compressivas bilaterais são raras e resultam de fatores predisponentes como posturas prolongadas, traumas recorrentes e condições hereditárias que aumentam a suscetibilidade à compressão. Caso: Sexo feminino, 80 anos, autônoma, avaliada após ter sido encontrada caída no chão, com encarceramento da região pélvica num balde circular, após se ter sentado no mesmo. Realizada uma tomografia cranioencefálica e radiografias que excluíram lesões

agudas. Três dias depois, trazida novamente por dispneia e défice de força nos membros inferiores, progredindo para paraparésia. A tomografia computadorizada contrastada do torax revelou extenso TEP bilateral central. Realizada tomografia da coluna dorso lombar e pélvica, bem como ressonância do neuro eixo, que excluem etiologia osteoarticular, apenas alterações degenerativas espondilodiscais multissegmentares, com destaque para estenoses foraminais C5-C6 e C6-C7 à esquerda, com potencial interferência radicular; sem compromisso medular. A eletromiografia com sinais sugestivos de lesão axonal grave do nervo ciático esquerdo e lesão axonal parcial do nervo peroneal direito, localizada a nível proximal ao músculo tibial anterior, não sendo possível excluir uma eventual lesão da porção peroneal do nervo ciático direito, de tempo de evolução agudo/subagudo com abundantes sinais de desnervação ativa e ausência de sinais de reinervação atual. Integrada em programa de reabilitação motora.

Conclusão: Apesar de pouco frequente, a compressão mecânica de nervos distais pode, como fator único, resultar em dano neuronal permanente, tal como se verifica neste caso, onde a doente permaneceu várias horas encarcerada num balde pela região pélvica, mantendo uma compressão externa prolongada.

PO 554

SÍNDROME RS3PE: DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR NA POLIARTRITE AGUDA DO IDOSO

Clara Pinto; Ana Sofia Pimenta; João Faia; Inês Silva Pinheiro; Ana Sofia Martins; Susana Cavadas
ULSRA - Hospital Inf. D. Pedro

Introdução: A sinovite simétrica seronegativa remittente com edema depressível (RS3PE) é uma entidade reumatológica rara caracterizada pela tríade de sinovite simétrica de início agudo, edema com *godet* predominante nas mãos e pés e seronegatividade para fator reumatóide (FR) e anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP). Ocorre tipicamente em idosos e pode apresentar-se de forma isolada ou associada a neoplasias.

Caso clínico: Homem, 75 anos, recorreu ao serviço de urgência por poliartralgias simétricas com envolvimento das mãos, cotovelos, joelhos e pés, com 4 dias de evolução, de padrão misto (agravamento com o esforço e rigidez matinal > 30 minutos), associadas a edema das mãos, sem outros sinais inflamatórios. Dos antecedentes pessoais, a destacar adenocarcinoma do cólon em vigilância. Ao exame Objetivo apresentava dor à palpação das articulações metacarpofalângicas (com edema), cotovelos, joelhos e pés, sem envolvimento das cinturas escapular ou pélvica. Analiticamente, a destacar anemia normocítica normocrômica (Hb 8,9 g/dL), velocidade de sedimentação (VS) 120 mm/h e proteína C reativa 33,70 mg/dL. Dada a história oncológica, fez tomografia computadorizada toraco-

-abdomino-pélvica sem evidência de metastização ou foco infeccioso e colonoscopia de controlo sem sinais de recidiva. As radiografias das mãos, cotovelos e pés não revelaram erosões ósseas. O estudo autoimune mostrou FR e anti-CCP negativos. Perante a suspeita de RS3PE, iniciou corticoterapia sistémica com melhoria clínica e analítica. Em consulta de reavaliação, já em desmame de corticoterapia, mantinha-se assintomático e com VS em decrescendo.

Discussão: A RS3PE deve ser considerada no diagnóstico diferencial de poliartralgias simétricas de início agudo em idosos, sobretudo se elevação de parâmetros inflamatórios e seronegatividade. O seu reconhecimento é relevante pela possível associação a neoplasias; quando estas são excluídas, observa-se uma resposta rápida e favorável à corticoterapia.

PO 555

ACIDENTE ISQUÉMICO TRANSITÓRIO COMO APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE DOIS TUMORES PRIMÁRIOS SÍNCRONOS

Mariana Nunes Mendes; Cristiana Francisco; Rita Marante Oliveira; Nuno Ferreira Ramalho; Carlota Pinheiro De Mello; João Seabra Barreira; João Sequeira

HFF

Introdução: Os défices neurológicos transitórios motivam frequentemente investigação por suspeita de AIT ou AVC minor. No entanto, em doentes com neoplasia oculta, a apresentação neurológica pode corresponder a uma manifestação indireta ou inaugural de doença metastática.

Caso clínico: Mulher de 56 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipidémia e cervicalgia crónica, recorreu ao SU por disartria, desvio da comissura labial direita e diminuição transitória de força no membro inferior direito, com reversão completa dos défices. A TC CE inicial não mostrou lesão isquémica aguda, identificando-se na Angio-TC placas carotídeas calcificadas com estenose de 50% da carótida interna esquerda. Foi internada sob suspeita de AIT/AVC minor, iniciando dupla antiagregação e estatina de alta intensidade. No decurso do estudo etiológico, a RM CE revelou lesão ocupando espaço com realce anómalo, sugestiva de depósito secundário do sistema nervoso central.

Em paralelo, por agravamento de cervicalgia crónica, a investigação imagiológica revelou alterações suspeitas na coluna cervical e múltiplos achados neoplásicos. A ecografia tiroideia identificou nódulo EU-TIRADS 5 no lobo direito, com citologia aspirativa suspeita de carcinoma papilar da tiroide. A TC TAP mostrou massa pulmonar para-hilar esquerda compatível com neoplasia primária do pulmão, múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, provável metastização hepática e suspeita de lesão óssea secundária. A BFO com estudo citológico/imunohistoquímico foi compatível com carcinoma do pulmão de não pequenas células, favorecendo ade-

nocarcinoma. O caso foi estadiado como carcinoma pulmonar de não pequenas células e carcinoma papilar da tiroide, ambos em estadio IV.

Discussão: Este caso ilustra a complexidade diagnóstica de um quadro neurológico transitório num contexto de doença neoplásica disseminada. Embora coexistissem fatores vasculares relevantes, incluindo estenose carotídea significativa, a clínica e os achados de ressonância foram considerados pouco consistentes com evento isquémico agudo, sendo mais plausível o enquadramento no contexto de metastização cerebral. A investigação motivada pela suspeita inicial de AIT permitiu o diagnóstico simultâneo de duas neoplasias avançadas e redefiniu a abordagem terapêutica e prognóstica.

PO 556

NEUTROPENIA DURANTE TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECIOSA

Marisa Carvalho; Inês Anacleto; Jimmy Martins; Ana Paiva Santos; Inês Pintor; Pedro Lopes

Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: A gentamicina é um antibiótico aminoglicosídeo utilizado no tratamento de infeções bacterianas, nomeadamente a endocardite infecciosa (EI). A sua nefro e ototoxicidade são efeitos secundários amplamente reconhecidos, por oposição à toxicidade hematológica, mais especificamente a neutropenia, que é rara, mas potencialmente fatal. Este caso clínico realça a importância da monitorização hematológica em tratamentos prolongados com gentamicina.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 82 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular e hipotireoidismo, medicada com levotiroxina 25mcg id, bisoprolol 5mg id e apixabano 5mg 2id. Foi internada no serviço de Medicina Interna por EI de válvula aórtica nativa, sob ampicilina, ceftriaxone e gentamicina empíricas. Sem isolamento de agente etiológico, com hemoculturas seriadas e serologias negativas. Dada a boa resposta clínica, analítica e ecocardiográfica, foi decidido manter a antibióterapia. A doente manteve-se assintomática, mas ao 27.º dia de antibióterapia apresentou leucopenia (1900/uL) e neutropenia (420/uL) de novo. Perante a suspeita de toxicidade, a gentamicina foi suspensa, tendo-se verificado posteriormente uma subida progressiva da contagem de neutrófilos até à normalização. A doente cumpriu ceftriaxone e ampicilina até completar seis semanas de antibióterapia, apresentando boa evolução clínica e com desaparecimento da vegetação em ETE de controlo.

Discussão: Este caso ilustra uma complicação hematológica rara associada ao uso prolongado de gentamicina, mas que foi reversível com a interrupção do fármaco. Com este caso os autores pretendem sensibilizar para toxicidade hematológica dos aminoglicosídeos, uma complicação rara e pouco reconhecida,

mais frequente no uso prolongado e que é facilmente reversível com a suspensão do fármaco. É aconselhável monitorizar estes doentes com hemogramas seriados para deteção precoce, assim como usar estes fármacos durante o menor tempo possível.

PO 557

DISFUNÇÃO VENTILATÓRIA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Maria Teresa Mesquita Tavares Almeida Andrade;
Filipa Gonçalves; Luís Arcângelo; Tiago Gerales;
Sara Almeida Ramalho

ULS DE ALMADA-SEIXAL, EPE - HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa que apresenta uma variabilidade clínica substancial, sendo a manifestação inicial mais frequente a fraqueza de membros assimétrica e progressiva (70-80%), seguida por sintomas bulbares (~20%), fraqueza dos músculos respiratórios (1-3%) e alterações axiais, podendo coexistir sintomas não motores como alterações cognitivas e psiquiátricas.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 58 anos, autónoma, com diagnóstico recente de episódio depressivo, admitida no Serviço de Urgência (SU) por depressão do estado de consciência com necessidade de ventilação mecânica invasiva em contexto de insuficiência respiratória global (IRG), sem alterações analíticas ou na angio-tomografia computadorizada cranioencefálica (CE) e toracoabdominopélvica. Foi internada no Serviço de Medicina Intensiva, suspendeu ventilação mecânica invasiva e foi transferida em ar ambiente para o Serviço de Medicina Interna, onde manteve ventilação não invasiva (VNI) noturna. Da investigação realizada, destaca-se líquido cefalorraquidiano, ressonância magnética CE, eletroencefalograma e ecocardiograma transtorácico sem alterações significativas. Após revisão da história e avaliação multidisciplinar, apurou-se quadro com cerca de um ano de evolução de cansaço, sinais de disfunção motora bulbar, anorexia, perda ponderal e disfunção cognitiva de predomínio frontal. Realizou eletromiograma compatível com doença do neurónio motor, assumindo-se o diagnóstico de ELA. Teve alta, referenciada a consulta de Neurologia e Pneumologia, mantendo VNI noturno.

Conclusão: O caso aborda um diagnóstico de ELA com apresentação atípica com alteração do estado de consciência em contexto de hipercapnia por disfunção ventilatória, sintomas bulbares insidiosos previamente desvalorizados e provável demência frontotemporal. Salienta-se a heterogeneidade da apresentação da doença e a importância da suspeição diagnóstica, nomeadamente em casos de insuficiência respiratória não explicada, permitindo uma referenciação multidisciplinar precoce e implementação de medidas de suporte, com impacto na qualidade de vida. De facto, a IRG é uma alteração muito prevalente no SU, sendo

importante um elevado nível de suspeição para causas graves e menos frequentes.

PO 558

HEPATITE AUTOIMUNE SERONEGATIVA: O DIAGNÓSTICO INVISÍVEL

Eduardo Viana; Cláudio Coelho; José Miguel Gonçalves;
Nereida Monteiro; Inês Ferreira; Iara Fazenda;
Daniel Lima Alves; Rafael Lopes Freitas; Ana Garrido Gomes
ULSAM

Introdução: A Hepatite Autoimune (HAI) é uma doença inflamatória crónica do fígado caracterizada por elevação de imunoglobulinas e presença de autoanticorpos. Contudo, existem casos que apresentam formas seronegativas, dificultando o diagnóstico. Nestes casos, a apresentação clínica pode mimetizar outras etiologias de doença hepática, nomeadamente *Metabolic Associated Steatotic Liver Disease* (MASLD) ou *Drug-Induced Liver Injury* (DILI).

Caso clínico: Sexo feminino, 48 anos, antecedentes de obesidade grau I e dislipidemia, medicada com contraceptivo oral combinado e ezetimibe. Avaliada no contexto de elevação das enzimas hepáticas que revelaram AST 245 U/L, ALT 467 U/L e GGT 225 U/L associada a hiperferritinemia de 1221 ng/mL, com saturação de transferrina de 71%. O estudo genético HFE demonstrou heterozigotia H63D.

Analiticamente, apresentava hipergamaglobulinemia com padrão policlonal. Foram excluídas hepatites víricas e o estudo autoimune revelou autoanticorpos negativos (ANA, ASMA, AMA, anti-LKM, SLA, ANCA). A ecografia abdominal mostrou fígado de dimensões normais com discreta esteatose. A colangio-RM confirmou esteatose ligeira, pequenos quistos hepáticos e hemangioma de 4 mm, sem dilatação biliar.

Perante obesidade, dislipidemia e evidência imagiológica de esteatose hepática, foi considerada como diagnóstico MASLD com sobreposição com DILI, tendo sido suspensos o contraceptivo oral e a ezetimibe. Verificou-se melhoria parcial das enzimas hepáticas, mas sem normalização. Devido à persistência da alteração das enzimas hepáticas, foi realizada biópsia hepática, que revelou alterações compatíveis com HAI, confirmando o diagnóstico de forma seronegativa. Foi iniciada terapêutica com corticoterapia e azatioprina com melhoria analítica progressiva.

Conclusão: Este caso ilustra a dificuldade diagnóstica da HAI seronegativa, sobretudo quando coexistem outros fatores e etiologias mais prevalentes. Destaca-se a importância de considerar HAI seronegativa em alterações de enzimas hepáticas persistentes e o papel fundamental da biópsia hepática para estabelecer o diagnóstico.

PO 559

INFECÇÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS, UM AGENTE INESPERADO

Paulo Braz Correia; Maria De Belém Coelho;
Sandra Ganchinho Lucas; Luísa Rebocho
Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Introdução: *Corynebacterium striatum* é um bacilo comensal da pele e mucosa, mas frequentemente envolvido em infeções em doentes oncológicos, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes ou com dispositivos médicos, cateteres ou próteses. É um agente multirresistente, sendo que a vancomicina constitui o antibiótico de eleição no seu tratamento.

Caso clínico: Homem, 48 anos, com diagnóstico de carcinoma pleomórfico do pulmão, estadio IIIB há 6 meses e com subsequente colocação de prótese endotraqueal em Y, inicia quadro de hemoptises, febre, dispneia, tosse e expectoração hematopurulenta. Realiza broncofibroscopia, com aspiração de secreções e cultura de aspirado brônquico. Analiticamente: leucócitos 19300/μl, neutrófilos 16800/μl, plaquetas 656000/μl e PCR 8,3 mg/dL. Cumpre 6 dias de piperacilina-tazobactam em hospitalização domiciliária. Por manutenção de sintomas e elevação mantida de parâmetros inflamatórios (PCR 29,3 mg/dL e leucocitose) é internado e inicia meropenem empírico. Em cultura do lavado brônquico colhido na broncofibroscopia realizada é isolado *Staphylococcus aureus* multissensível e *Corynebacterium striatum*, pelo que inicia vancomicina em associação com meropenem que cumpre durante 5 e 7 dias, respetivamente, por diagnóstico de pneumonia nosocomial. Tem alta clínica por melhoria sintomática e laboratorial significativas, sem necessidade de oxigenoterapia, sem dispneia, sem febre, mantendo seguimento em Pneumologia e pela equipa de Cuidados Paliativos da Comunidade.

Discussão: O impacto das infeções por *C. striatum* e sua epidemiologia não está amplamente definida, mas tem vindo a ser associada a infeções nosocomiais, pelo que este caso reforça a importância de se considerar como potencial agente causador de infeção em doentes com neoplasia ou com dispositivos médicos (próteses, cateteres).

PO 560

MITRACLIP – UM CASO DE SUCESSO

Victor Marquez; Catarina Mendonça; Carina Andrade;
Irene Marques
Unidade Local de Saúde de Santo António

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa e associada a elevada morbimortalidade, sendo causa frequente de internamento. A insuficiência mitral (IM) funcional e/ou orgânica é frequentemente encontrada nos doentes com IC e associa-se a maior mortalidade.

Apresentamos um caso de uma mulher de 71 anos

com síndrome metabólica, cardiopatia hipertensiva e IM moderada a grave, funcional e por prolapso dos folhetos, condicionando IC classe NYHA II habitual com fração de ejeção preservada (FEp), síndrome cardiorenal tipo 2 e fibrilhação auricular permanente. No seguimento na clínica multidisciplinar de IC, apresentou-se com descompensação da IC em classe NYHA III. Objetivamente, polipneica e cianosada após pequenos esforços, normocárdica e normotensa, com sinais de congestão pulmonar e sistémica. Analiticamente verificou-se lesão renal aguda (creatinina=2.36mg/dL) e NT-proBNP de 3503 pg/mL. Internada sob furosema endovenosa em bólus e metolazona, sem melhoria. Evolução para choque cardiogénico normotensivo, com hipoperfusão e hiperlactacidemia, com necessidade de suporte vasopressor e diurético em perfusão. O ecocardiograma (Eco) transtorácico mostrou agravamento da IM, insuficiência triscúspide grave e FEp. Após estabilização, discussão multidisciplinar e estudo com Eco transesofágico e cateterismo direito e esquerdo, foi submetida a intervenção percutânea e reparação *edge-to-edge* da válvula mitral, com implantação de 2 clips (MitraClip). O Eco após a intervenção mostrou IM residual não do mais que ligeira a moderada (grau II/VI). Um mês após a intervenção, na avaliação em consulta de IC, apresentou-se em classe NYHA III, com melhoria da congestão, com redução de 20% do peso e 30% do NT-proBNP, bem como melhoria da função renal.

A gestão contemporânea da IC é multimodal e multidisciplinar, havendo cada vez mais soluções terapêuticas disponíveis para doentes selecionados, entre as quais estão as intervenções percutâneas valvulares como a Mitraclip. O caso apresentado realça a importância do diagnóstico etiológico da IC e da gestão multidisciplinar e personalizada dos doentes com IC, que resultam em melhoria significativa do prognóstico.

PO 561

SÉPSIS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE PEQUENOS LINFÓCITOS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ana Martins Neves; Beatriz Cardoso Ribeiro
ULSAA

Introdução: As doenças linfoproliferativas podem manifestar-se com sintomas constitucionais inespecíficos e infeções graves associadas à imunossupressão. O reconhecimento precoce destes sinais é fundamental para orientar a investigação diagnóstica e iniciar tratamento adequado.

Caso clínico: Homem de 62 anos, caucasiano, nacionalidade portuguesa e residente em Timor. Tem antecedentes de nevus melanocítico excisado (2011), hemangioma dorsal, hemorroidas, hiperuricemia, etilismo crónico e tabagismo ativo (50 UMA). Antecedentes familiares de linfoma de Hodgkin (pai e avô pa-

terno). Recorreu ao serviço de urgência por astenia, anorexia, desequilíbrio na marcha e episódio recente de síncope, com três meses de evolução. Ao exame apresentava-se caquético, desorientado, com palidez cutânea e múltiplas adenopatias cervicais, supraclaviculares, axilares e inguinais. Observavam-se ainda feridas infetadas nos pés com necrose superficial do primeiro dedo do pé esquerdo. Analiticamente destacava-se anemia normocítica-normocrômica (Hb 7,5 g/dL), insuficiência renal aguda, leucocitose com neutrofilia e elevação marcada de parâmetros inflamatórios. Hemoculturas positivas para *Klebsiella pneumoniae*. AngioTC toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas adenopatias, derrame pleural esquerdo loculado, derrame pericárdico ligeiro e abscesso na fossa ilíaca esquerda com envolvimento do psoas. Iniciou antibioterapia dirigida e drenagem do abscesso. Biópsia ganglionar axilar revelou doença linfoproliferativa de fenótipo B compatível com linfoma de pequenos linfócitos/LLC.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação complexa de doença linfoproliferativa diagnosticada no contexto de sépsis e disfunção multiorgânica. A presença de adenopatias generalizadas associadas a sintomas constitucionais deve levantar suspeita de patologia hematológica. A abordagem multidisciplinar permitiu estabilização clínica, diagnóstico etiológico e encaminhamento para Hematologia. O caso reforça a importância de uma história clínica detalhada e investigação dirigida para diagnóstico atempado.

PO 562

OVERLAP SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON/ NECROSE EPIDÉRMICA TÓXICA ASSOCIADA A DURVALUMAB

Carolina Lemos¹; Inês Risto¹; Luísa Sousa²; Teresa Sampaio²; Rita Gomes²; Adriana Alves²; Luísa Guerreiro²; André Soares¹; Alfredo Martins¹

¹Hospital da Luz Arrábida; ²ULSM - Hospital Pedro Hispano, Medicina

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são reações mucocutâneas graves, maioritariamente induzidas por fármacos. Caracterizam-se por exantema cutâneo com envolvimento mucoso que evolui para descolamento epidérmico, comprometendo a barreira cutânea e aumentando o risco de infeção sistémica. A mortalidade pode atingir 30–50% na NET.

Caso clínico: Mulher de 60 anos com carcinoma recidivante da vesícula biliar sob cisplatino/gemcitabina e durvalumab (2.º ciclo em 18/07), admitida a 31/07 por exantema mucocutâneo grave sugestivo de SSJ/overlap NET (SCORTEN 4), inicialmente em cuidados intermédios. Apresentava lesões vesicobolhosas e erosivas sobre base eritemato-violácea envolvendo tórax, dorso, face, mucosas e regiões palmoplantares, com descolamento cutâneo ~20% e sinal de Nikolsky positivo. A biópsia confirmou achados compatíveis com

SSJ/NET. Iniciado bólus endovenoso de metilprednisolona 250 mg bid e imunoglobulina 50 g/dia durante 4 dias. Por agravamento clínico, foi transferida para Unidade de Queimados. O internamento complicou-se com febre persistente, necessidade de antibioterapia de largo espectro e bicitopenia com necessidade de suporte transfusional. Observou-se reepitelização progressiva e quase completa resolução cutânea. A TC evidenciou progressão metastática pulmonar e hepática. Após cerca de 1 mês de internamento, teve alta clinicamente estável, com seguimento em Dermatologia e referenciação a Medicina Paliativa.

Discussão: O reconhecimento precoce e a suspensão imediata do(s) fármaco(s) suspeitos são determinantes. A toxicidade do durvalumab com apresentação em SSJ/NET é rara. O tratamento deve integrar suporte intensivo, terapêutica farmacológica adequada e vigilância de complicações. Este caso reforça a importância do diagnóstico atempado, abordagem multidisciplinar e correta estratificação da gravidade nas toxicidades cutâneas associadas à imunoterapia.

PO 563

SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO: UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Nereida Fernandes Monteiro; Elsa Araújo; Inês Araújo Ferreira; Rafael Lopes Freitas; Cláudio Coelho; Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

A infeção aguda por VIH, mesmo quando sintomática, é frequentemente subdiagnosticada devido à sua apresentação inespecífica, muitas vezes semelhante a síndrome gripal. Uma elevada suspeição clínica é determinante para diagnóstico atempado e início precoce de terapêutica antirretrovírica, com potencial impacto no prognóstico.

Caso clínico: Homem de 62 anos com antecedentes de nefrectomia esquerda pós-traumática e sífilis primária tratada em 2022 (com serologia VIH 1-2 negativa). Admitido após episódio de crise convulsiva tónico-clónica generalizada autolimitada. Apresentava astenia, mialgias, anorexia, náuseas, vômitos, perda ponderal e cefaleia bifrontal com uma semana de evolução, associada a febre. Ao exame físico gengivorragia, rash papular eritematoso disperso no tronco e lentificação psicomotora, sem sinais meníngeos ou défices neurológicos focais. Quando questionado, referiu comportamentos sexuais de risco, com múltiplos parceiros, sem uso de método de barreira. Analiticamente, apresentava trombocitopenia, leucopenia com linfopenia e elevação de transaminases. Dada apresentação clínica e fatores de risco, foi solicitada serologia para VIH após consentimento informado, positiva por imunoensaio combinado de 4ª geração (Ag/Ac) e confirmada por carga viral VIH 1 superior a 10 milhões de cópias/mL, com contagem de CD4 de 204 células/ μ L. A punção lombar evidenciou pleocitose linfocitária (46 células/ μ L), proteinorráquia e

carga virica VIH no líquido de 392000 cópias/mL, sem identificação de outros agentes infecciosos. O estudo etiológico excluiu infecções oportunistas. O conjunto de dados clínicos, laboratoriais e cronológicos foi compatível com infecção aguda por VIH com envolvimento neurológico precoce, tendo iniciado terapêutica antirretrovírica com tenofovir alafenamida, emtricitabina e bictegravir durante o internamento, com posterior seguimento em consulta de infecciologia.

Discussão: A infecção aguda por VIH deve integrar o diagnóstico diferencial de síndromes febris com citopenias e manifestações mucocutâneas. O envolvimento neurológico pode ocorrer precocemente, mesmo na ausência de infecções oportunistas, pelo que o reconhecimento precoce permite diagnóstico atempado e início imediato de terapêutica antirretrovírica, com impacto prognóstico relevante.

PO 564

QUANDO A HIPERTENSÃO BRINCA ÀS ESCONDIDAS

Marta Patrícia Ferreira Baião; Francisca Sá Couto; Sara Freire; Sofia Lourenço
Hospital Cascais Dr J Almeida

A hipertensão arterial é dos fatores de risco cardiovascular modificáveis mais prevalente e está associada a um aumento de eventos cardiovasculares e renais, como lesão estrutural cardíaca e renal, enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. A hipertensão arterial primária é multifatorial e a mais frequente. Mulher com 55 anos, com antecedentes de hipertensão arterial com *remodeling* do ventrículo esquerdo, dislipidemia e ex-fumadora, seguida em consulta por hipertensão. Estava medicada com azilsartan 40mg + clorotalidona 12,5mg e lercanidipina 10mg. Assintomática, sem cefaleia, palpitações, sudorese ou outros paroxismos. Fez Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA) que confirmou hipertensão sistólica e diastólica diurna e noturna com padrão dipper. Optou-se por iniciar o estudo de causas de hipertensão secundária, do qual se destaca: sem disfunção renal, hipocaliemia (3,1 mmol/L), sem alteração da função tiroideia, polissonografia com índice apneia/hipopneia ligeiramente aumentados, sem alterações do cortisol sérico ou urinário, concentração de aldosterona elevada 21 ng/dL (>10), atividade da renina diminuída 0,4 ng/mL/h (<1), relação aldosterona-renina elevada 1486,7 ng/L (> 20), catecolaminas plasmáticas e urinárias ausentes. A tomografia computadorizada contrastada de corpo revelou adenoma na suprarrenal direita. Fez cateterismo das veias suprarrenais que confirmou adenoma funcionante da suprarrenal direita. Foi referenciada à consulta de Cirurgia Geral para adrenalectomia direita.

Este caso reforça a importância da procura exaustiva da causa adjacente da hipertensão. Serve de alerta para recordar que a hipertensão secundária pode ser

um obstáculo ao melhor controlo da pressão arterial num doente inicialmente diagnosticado com hipertensão (primária) e que não atinge os alvos com doses de anti-hipertensores otimizadas.

PO 565

DOENÇAS AUTOIMUNES – SAPHO, A IMPORTÂNCIA DA IMAGEM

Selma Mulemba Baptista; Olinda Sousa Caetano
Hospital de Braga

A síndrome SAPHO é uma doença inflamatória crónica rara que afeta o sistema osteoarticular e a pele, caracterizada por Sinovite, Acne, Pustulose, Hiperostose e Osteíte.

Mulher de 48 anos referenciada à consulta de Doenças Autoimunes por cervicalgia, omalgia bilateral e dor esternoclavicular/esternocostal com três anos de evolução. Exame físico: lesão eritematosa, descamativa e seca no dorso do pé esquerdo, com dor à palpação nas articulações referidas e prova das sacroilíacas negativa. Analiticamente: hemograma, função renal, ionograma, enzimas hepáticas, creatina quinase, cálcio, fósforo, imunoglobulinas e proteína C reativa normais; velocidade de sedimentação 13 mm/h; fator reumatoide e anticitrulina negativo; ANA e ANCA's negativos; eletroforese das proteínas do soro sem alterações; paratormona normal. Observada por dermatologista no exterior que considerou a lesão plantar compatível com psoríase. Radiografia do esterno e tomografia computadorizada com alterações trabeculares de padrão misto, áreas líticas e escleróticas, na região do manúbrio e medial das primeiras costelas. Discutido com imagiologia, colocou-se a hipótese de síndrome SAPHO. Cintigrafia óssea: hipercaptação nas articulações esternoclaviculares, extremidades mediais das clavículas e manúbrio esternal. Ressonância magnética do tórax: evidenciadas alterações estruturais do manúbrio esternal e das primeiras articulações esternocostais bilateralmente, com processo de osteíte envolvendo o manúbrio e a porção medial das primeiras costelas e cartilagens, concordante com SAPHO. Tomografia de positrões com alterações compatíveis com a hipótese diagnóstica. Iniciou anti-inflamatório não esteroide, com boa resposta clínica.

O diagnóstico tardio do SAPHO pode conduzir a biópsias ósseas e antibióticos desnecessários, devendo suspeitar-se desta síndrome perante dor óssea inflamatória crónica associada a manifestações cutâneas, após exclusão de causas infecciosas e neoplásicas. Os exames de imagem são essenciais.

PO 566

QUANDO A ASCITE EXIGE PACIÊNCIA

Cátia Gorgulho; Rita Relvas; João Ambar Bettencourt;
Marta Baião; Edgar Amaro; Sofia Lourenço
Hospital de Cascais

Introdução: A tuberculose peritoneal é uma forma rara de tuberculose extra-pulmonar que pode manifestar-se com ascite, dor abdominal e febre.

Caso clínico: Mulher, 25 anos, natural de Angola e residente em Portugal há 1 ano, sem antecedentes pessoais. Recorreu ao Serviço de Urgência por aumento do perímetro abdominal, febre e perda ponderal com 4 semanas de evolução. O exame Objetivo revelou abdómen globoso com sinal de onda líquida. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica e proteína C reativa de 4,4mg/dL.

A tomografia computadorizada confirmou ascite volumosa com densificação do grande epíploon, suspeita de carcinomatose peritoneal, e área heterogênea na região anexial direita, pelo que foi internada no Serviço de Ginecologia. No entanto, a ressonância magnética abdominal excluiu lesões ováricas e implantes peritoneais e confirmou espessamento do epíploon.

Assim, foi transferida para a Medicina Interna para estudo. Realizou paracentese diagnóstica com líquido ascítico (LA) amarelo citrino, compatível com ascite exsudativa, sem hipertensão portal. Adenosina deaminase e CA-125 elevados. Hemoculturas, microbiológico do LA e VIH negativos. Amostras seguiram para cultura de micobactérias. Citologia do LA sem células neoplásicas. Realizada biópsia peritoneal guiada por ecografia: sem células neoplásicas, com granulomas.

Após 4 semanas de internamento, a cultura do LA foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando o diagnóstico de tuberculose peritoneal. Iniciou terapêutica antibacilar com melhoria clínica.

Discussão: O diagnóstico de tuberculose peritoneal é desafiante pela apresentação inespecífica e possibilidade de mimetizar outras doenças, incluindo neoplasias. Deve ser considerado no diagnóstico diferencial de síndrome febril e ascite de etiologia indeterminada, sobretudo em doentes provenientes de áreas endémicas. Este caso evidencia o papel da Medicina Interna na integração clínica e diagnóstica.

PO 567

FEBRE Q: UMA CAUSA RARA DE HEPATITE E SÍNDROME CONSTITUCIONAL PROLONGADO

Ana Raquel Figueiredo¹; Tiago João Valente²;
Ana Patrícia Tenreiro³; Inês Amaral Pinto⁴; Joana Calvão⁵;
José Presa Ramos⁵

¹ULS Nordeste; ²Unidade Local de Saúde São João; ³Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins; ⁴ULS Gaia e Espinho; ⁵Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Introdução: A febre Q é uma zoonose causada por *Coxiella burnetii*, transmitida sobretudo por inalação de aerossóis contaminados provenientes de animais domésticos, particularmente bovinos, ovinos e caprinos. A infeção pode ser assintomática ou manifestar-se de forma aguda, frequentemente com síndrome febril, pneumonia atípica ou hepatite. Uma pequena proporção de doentes evolui para infeção crónica. Em Portugal, a febre Q é uma doença de declaração obrigatória no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). O tratamento baseia-se na administração de doxiciclina, sendo recomendada a associação de hidroxicloroquina nos casos de infeção crónica.

Caso clínico: Homem de 67 anos, autónomo. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diverticulose. Recorreu ao centro de saúde por apatia, astenia e anorexia com cerca de quatro semanas de evolução e foi encaminhado ao serviço de urgência. À admissão encontrava-se apirético, hemodinamicamente estável e sem foco clínico evidente de infeção. Analiticamente destacavam-se trombocitopenia, hiponatremia e elevação significativa das transaminases. A ecografia abdominal revelou hepatomegalia com ecoestrutura heterogênea sugestiva de hepatopatia crónica com componente esteatósico. Durante o internamento manteve citólise hepática e elevação de parâmetros inflamatórios. O painel de zoonoses revelou positividade para *Coxiella burnetii*, compatível com febre Q. O ecocardiograma transtorácico identificou pequena estrutura filamentosa móvel na válvula aórtica, levantando suspeita de endocardite. A PET não evidenciou sinais inequívocos de endocardite ativa. Foi iniciada terapêutica com doxiciclina, ponderando-se associação de hidroxicloroquina perante suspeita de infeção crónica.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de febre Q, sem febre ou foco infeccioso evidente, manifestando-se predominantemente por síndrome constitucional e citólise hepática. Destaca-se a importância de incluir zoonoses no diagnóstico diferencial de hepatite de etiologia indeterminada. A suspeita de endocardite associada reforça a necessidade de investigação dirigida e tratamento precoce, com implicações relevantes para a prática clínica, prevenindo evolução para infeção crónica e complicações potencialmente graves.

PO 568

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO SOB HIPOCOAGULAÇÃO

Inês Araújo Barbosa; Sara Fernandes; Marta Brito Alves;
Ana Ribeiro; Jorge Almeida

Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico pode ocorrer em doentes com fibrilhação auricular (FA) apesar de terapêutica hipocoagulante, devido a mecanismos como doença aterosclerótica concomitante, insuficiência terapêutica ou risco cardioembólico residual. Estes doentes apresentam maior risco de eventos recorrentes, comparativamente a doentes sem hipocoagulação prévia.

Caso clínico: Mulher de 70 anos, hipocoagulada por FA permanente, com história recente de AVC da circulação posterior, sem sequelas. Conduzida ao serviço de urgência por quadro com 1 semana de evolução de cefaleia frontotemporal direita, agravada por manobra de valsalva, sem náuseas ou vômitos associados, à qual se associou perda de consciência no próprio dia. À admissão no serviço de urgência apurado NIHSS 1 (por suspeita de défice campimétrico no quadrante superior direito na prova de confrontação). Do estudo realizado: Troponina I e D-Dímeros negativos, níveis terapêuticos de apixabano, TC cerebral com hipodensidade corticossubcortical temporo-parietal direita sugerindo lesão isquêmica recente em território da artéria cerebral média. Evolução clínica favorável com NIHSS 0 às 24 horas. Do estudo etiológico do AVC: perfil lipídico dentro dos alvos (em função do risco cardiovascular), VDRL e TPPA positivos e ecodoppler dos vasos cranianos e do pescoço sem estenoses hemodinamicamente significativas. Realizada punção lombar que excluiu neurosífilis. Optou-se por substituir o apixabano pela varfarina. Orientada para a consulta de neurologia, sem recorrência do AVC ao fim de 9 meses de *follow-up*.

Discussão: Embora as normas de orientação clínica atuais recomendem preferencialmente a utilização de anticoagulantes orais diretos (DOAC) em detrimento dos antagonistas da vitamina K (AVK) na prevenção de eventos trombóticos recorrentes, a evidência clínica sugere que poderão existir subgrupos de doentes nos quais os AVK se revelam mais eficazes na inibição do estado pró-coagulante.

PO 569

INFECÇÕES DE REPETIÇÃO NO CONTEXTO DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – CASO CLÍNICO

Ecaterina Ciobanu; Joana Fernandes; Leonor Ferreira;
Renata Martinho; Mariana Popovici; Claudia Mihon
ULS S. José, Hospital de Curry Cabral

Introdução: Imunodeficiências adquiridas podem resultar de variados contextos clínicos, nomeadamente neoplásicos; imunodeficiências primárias resultam de alterações genéticas. Ambas predis põem a infeções agudas e crónicas.

Caso clínico: Homem, 79 anos, com história médica conhecida de leucemia linfocítica crónica/linfoma não-Hodgkin marginal em vigilância há 4 anos, neoplasia urotelial estável desde 2013 e infeções do trato urinário de repetição. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por tosse, dispneia, astenia e anorexia com uma semana de evolução. À admissão: subfebril, com oxigenoterapia suplementar a 3L/min; auscultação pulmonar incaracterística. Analiticamente: leucocitose (28170/ μ L), neutrofilia (23730/ μ L), PCR de 330 mg/L e lesão renal aguda KDIGO 2 pré-renal. Radiografia torácica: hipotransparência heterogênea à esquerda. Hemoculturas: isolado *Haemophilus influenzae*. Ecocardiograma transtorácico: sem vegetação evidente. Resolução do quadro de pneumonia adquirida na comunidade com bacteriemia não-complicada após 14 dias de ampicilina. Da história clínica pregressa apuraram-se desde 2024 várias infeções resultantes em múltiplas vindas ao SU e dois internamentos. Considerando infeções de repetição graves e o historial oncológico, a investigação etiológica incluiu estudo imunológico, que revelou hipogamaglobulinemia grave IgG (0.76 g/L), IgA (0.23 g/L) e IgM (0.25 g/L). Verificou-se aparente regressão das infeções de repetição após início de imunoglobulina endovenosa mensal.

Discussão: Atendendo à hipogamaglobulinemia grave IgG/IgA/IgM a condicionar infeções de repetição graves, considerou-se quadro secundário à neoplasia hematológica como a causa mais provável. Contudo, imunodeficiências primárias podem ter uma apresentação mais tardia, até mesmo no idoso. O diagnóstico atempado da hipogamaglobulinemia é fundamental para orientar a investigação etiológica e reduzir a morbi/mortalidade.

PO 570

MENINGITE OTOGÉNICA A S. PNEUMONIAE – A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE PARA O DIAGNÓSTICO

Inês Ferreira Maia; Patricia Ferreira; Ruben Reis;
Anneke Joosten; Martinho Fernandes

ULS Arco Ribeirinho

Introdução: A meningite otogénica é uma complicação rara e com elevada mortalidade da otite média aguda. Os agentes patogénicos predominantes nesta patolo-

gia são *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* e *H. influenzae*. **Caso clínico:** Mulher de 63 anos, sem antecedentes relevantes, admitida no Serviço de Urgência por quadro de odinofagia seguida de otalgia esquerda, associada a febre, dor cervical e cefaleia, com uma semana de evolução e a que se associou astenia, deterioração progressiva do estado de consciência, com sonolência marcada e alteração da linguagem. Apresentava taquicardia sinusal, temperatura timpânica de 38.7°C, *Glasgow coma score* 10, desvio conjugado do olhar para a esquerda, hemiparésia e hemihipostesia direita. Analiticamente salientava-se a elevação marcada de parâmetros inflamatórios, Tomografia Computorizada (TC) crânio-encefálica com evidência de preenchimento otomastoideu à esquerda e TC de ouvido com otite média aguda à esquerda com deiscência óssea, incipiente hidrocefalia, e empiema subdural. Realizada punção lombar com saída de líquido incolor e turvo, análise citoquímica a favor de infecção bacteriana. Colhidos exames culturais. O caso foi discutido com a Otorrinolaringologia e a doente foi submetida a mastoidectomia simples e colocação de dreno no ouvido esquerdo, sem indicação para abordagem neurocirúrgica pela dimensão reduzida do empiema subdural. Iniciada antibioterapia empírica até resultado dos exames culturais que se revelaram positivos para *Streptococcus pneumoniae*. Foi ajustada antibioterapia e a doente evoluiu favoravelmente após controlo de foco e antibioterapia dirigida, com recuperação clínica do *status* neurológico e melhoria analítica marcada.

Discussão: A meningite otogénica é subdiagnosticada por baixa suspeição e ausência de estudos dirigidos para identificação de OMA em casos de meningite bacteriana. Salienta-se neste caso a relevância da anamnese para o diagnóstico final, assim como a celeridade articulação com as especialidades de referência para a abordagem direcionada ao controlo de foco otogénico.

PO 571

ENDOFTALMITE ENDÓGENA SEM DISSEMINAÇÃO SISTÊMICA IDENTIFICADA

Mafalda Figueiredo; Matilde Rodrigues; André Abreu; Daniela Soares Santos; Patrícia Dias; Arsénio Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A endoftalmite endógena é uma patologia grave causada por disseminação hematogénica de bactérias ou fungos a partir de um foco infeccioso sistémico e cujo diagnóstico é clínico e confirmado por culturas intraoculares ou sanguíneas. A pneumonia por *Candida spp.* pode ser uma das suas origens e é também uma patologia rara, que surge maioritariamente em doentes imunodeprimidos.

Caso clínico: Homem, 86 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata e melanoma maligno, ambos em remissão. Internado, inicialmente, por pielo-

nefrite aguda por *K. pneumoniae* ESBL negativa sob ciprofloxacina. Por insuficiência respiratória hipoxémica, foram realizados exames adicionais que identificaram infecção por Influenza A e, imagiologicamente, múltiplos nódulos pulmonares. Realizou broncofibroscopia e biópsia transtorácica, com identificação de infecção por *Candida albicans*, para a qual iniciou caspofungina endovenosa (6 semanas). Concomitantemente, apresentava hiperémia ocular à esquerda, resistente à antibioterapia tópica instituída. Foi diagnosticada endoftalmite endógena sem gérmen identificado, para a qual realizou ceftazidima e vancomicina endovenosa, sob a forma de colírio e injeção intravítrea, no entanto desenvolveu amaurose esquerda. As hemoculturas realizadas tiveram resultado consistentemente negativo.

Conclusão: Este caso retrata uma situação grave e rara, de um doente com endoftalmite endógena, com dois focos infecciosos presentes, mas sem documentação de candidémia ou bacteriémia, o que contribuiu para a complexidade diagnóstica inicial e reforça a importância de uma elevada suspeição clínica.

PO 572

TAMPONAMENTO CARDÍACO E UM CONVIDADO INESPERADO: UMA RARA APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE TIMOMA

Filipa Ribeiro Trigo; Beatriz L. Andrade; Ana Luísa Nunes
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: O timoma é um tumor epitelial raro do mediastino anterior, sendo assintomático em 30% dos doentes. A apresentação em choque obstrutivo por tamponamento cardíaco é rara e configura uma emergência médica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 48 anos, admitido no Serviço de Urgência por dor torácica pleurítica com 3 dias de evolução, dispneia e oligúria com 1 dia de evolução e anorexia desde há 2 meses. Por hipotensão e taquicardia, foi admitido na sala de emergência. Analiticamente, com leucocitose por linfocitose, lesão renal aguda AKIN 2 e elevação da proteína C-reativa. Realizou angio-TC tóraco-abdómino-pélvica que revelou polisserosite (derrame pericárdico volumoso, pleural bilateral e peritoneal livre), massa mediastínica com adenopatias mediastínicas e hepatoesplenomegalia. Atendendo a choque obstrutivo por tamponamento cardíaco, foi submetido a pericardiocentese emergente, com posterior necessidade de suporte vasopressor. Por insuficiência respiratória hipoxémica grave, teve necessidade de ventilação mecânica invasiva. Iniciou colchicina 0.5mg 12/12h e ibuprofeno 600mg 8/8h. Do estudo etiológico, líquido pericárdico hemático (2.023.700 de eritrócitos), com presença de 30.142 leucócitos (com predomínio 92% de neutrófilos), critérios de Light compatíveis com exsudado, imunofenotipagem sem alterações, citológico sem células malignas e cultural negativo. Ex-

cluída infecção ativa por sífilis, VIH, VHA, VHB, VHC, EBV, CMV, HSV e toxoplasmose. Efetuada biópsia da massa mediastínica compatível com timoma de subtipo B2, tendo sido referenciado para consulta de Oncologia. Evoluiu favoravelmente com resolução completa das disfunções cardiovascular, respiratória e renal, sem recorrência de derrame pericárdico. À data de alta, assintomático, com recuperação funcional completa.

Discussão: Este caso pretende dar a conhecer uma manifestação inaugural de timoma extremamente rara e sublinha a importância da biópsia para confirmação diagnóstica e orientação terapêutica.

PO 573

DIABETES TIPO 1 FULMINANTE COMO EFEITO ADVERSO DA IMUNOTERAPIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Ferreira Maia; João Gramaça; Ruben Reis; Anneke Joosten; Martinho Fernandes

ULS Arco Ribeirinho

Introdução: A diabetes tipo 1 associada ao Pembrolizumab é um efeito adverso pouco frequente, mas potencialmente grave e que pode não ser reversível, e que se associa a elevada morbilidade e mortalidade, com elevado impacto na qualidade de vida. Grande parte dos casos surgem subitamente com cetoacidose diabética. É causada pela destruição das células beta pancreáticas, que acontece de forma mais célere e grave do que na diabetes tipo 1 clássica.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 55 anos, com talassémia minor e hipertensão arterial. Diagnosticado com carcinoma de células claras do rim e submetido a nefrectomia direita em Setembro de 2025, com suspeita de metastização óssea isolada. Iniciou terapêutica imunológica com Pembrolizumab. Após a segunda administração do fármaco, iniciou quadro de poliúria, polifagia e polidipsia, tendo-se identificado na avaliação analítica de seguimento glicémia pós prandial de 365 mg/dL. Foi referenciado pelo Oncologista assistente à equipa de Medicina Interna/Diabetologia. Na primeira avaliação pela equipa apresentava glicemia capilar > 400mg/dL, com cetonemia negativa. Foi iniciada monitorização contínua da glicose e esquema de insulina basal-bólus, com insulina basal com auto-ajuste e insulina de ação rápida de acordo com esquema fixo. Analiticamente com hemoglobina glicada de 9,9% e peptido C normal. Foram necessários múltiplos ajustes do esquema de insulina e o doente iniciou contagem de hidratos de carbono para melhor aferição das doses de insulina rápida.

Discussão: É fundamental manter vigilância regular do doente, com monitorização frequente do controlo glicémico e ajustes terapêuticos, bem como novos doseamentos de peptido C. O seguimento e vigilância pelos Oncologistas em doentes sob imunoterapia para o tratamento precoce e prevenção de complicações com

elevada mortalidade deste efeito secundário, é imprescindível. A comunicação e cooperação entre especialidades foi essencial para a abordagem atempada do doente e para a prevenção de possíveis complicações graves como a cetoacidose, frequentemente associada a estes casos.

PO 574

SÍNDROME DE LISE TUMORAL – CASO CLÍNICO

Ecaterina Ciobanu; Joana Fernandes; Leonor Ferreira; Mariana Guilherme Lima; Agnieszka Czajkowska; Mariana Popovici

ULS S. José, Hospital de Curry Cabral

Introdução: A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica que resulta em sobrecarga dos mecanismos homeostáticos do organismo com hiperuricémia, hipercalemiemia, hiperfosfatémia e hipocalcémia, os quais podem evoluir para lesão de órgãos-alvo (LOA) e potencialmente morte.

Caso clínico: Mulher, 83 anos, com história médica conhecida de adenocarcinoma mucinoso do cólon hemicolectomizado em 2020, linfoma não-Hodgkin folicular sem critérios de tratamento, hiperuricemia e doença renal crónica (DRC) KDIGO G3b. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, palpitações e edema periférico com 3 dias de evolução. Analiticamente: lesão renal aguda KDIGO 1 pré-renal. ECG: fibrilhação auricular (FA) inaugural. Radiografia torácica: derrame pleural bilateral. Internada por insuficiência cardíaca descompensada no contexto de FA. Agravamento progressivo da função renal (creatinina máxima 7.38 mg/dL) e posterior desenvolvimento de hiperfosfatémia, hiperuricémia e hipocalcémia, compatível com SLT, com necessidade de indução temporária de hemodiálise. Dos exames complementares: TC cérvico-tóraco-abdómino-pélvica - “exuberante envolvimento difuso ganglionar linfático peritoneal compatível com progressão oncológica”; biópsia ganglionar - “suspeita de envolvimento por linfoma folicular”. Considerando a ausência de sinais de recidiva da neoplasia do cólon, assumida SLT secundária a transformação de linfoma indolente para agressivo. Encaminhada sob corticoterapia a consulta de Hematologia.

Discussão: A SLT pode ocorrer espontaneamente nas neoplasias hematológicas com elevada carga tumoral. Tumores sólidos e neoplasias hematológicas de crescimento lento apresentam menor risco. Existem fatores predisponentes a considerar, neste caso a pré-existência de DRC e hiperuricemia. O diagnóstico precoce é essencial para a correção atempada das alterações precursoras de LOA, e para a orientação terapêutica da possível doença oncológica subjacente.

PO 575

HEPATITE AUTOIMUNE-LIKE INDUZIDA POR NITROFURANTOÍNA COM FIBROSE AVANÇADA: UM DESAFIO CLÍNICO

Nereida Monteiro; Elsa Araújo; Inês Araújo Ferreira; Rafael Lopes Freitas; Eduardo Viana; Raquel Costa; Paula Brandão

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: A nitrofurantoína é amplamente utilizada na profilaxia de infeções urinárias de repetição. Contudo, constitui uma causa reconhecida de lesão hepática induzida por fármacos (DILI), podendo apresentar-se de forma aguda ou crónica, por vezes com fenótipo autoimune que mimetiza hepatite autoimune (HAI).

Caso clínico: Mulher de 79 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e infeções urinárias de repetição. Sob indapamida e nitrofurantoína 100mg/dia intermitente desde 2021, reintroduzida três semanas antes da admissão. Sem vacinação recente, consumo de suplementos/produtos erva-nários ou hábitos toxifílicos. Admitida por dor abdominal à direita com quatro dias de evolução, associada a náuseas, vômitos, prurido, anorexia e astenia. Ao exame físico apresentava icterícia e dor no hipocôndrio direito. Analiticamente com hiperbilirrubinemia direta (7,13 mg/dL), padrão hepatocelular (AST 602 U/L, ALT 356 U/L, FA 116 U/L, GGT 292 U/L) e coagulopatia (INR 1,65). Ecografia abdominal sem litíase ou dilatação das vias biliares. Apresentava IgG aumentada (2296mg/dL) com anti-LC1 positivo; restantes autoanticorpos e serologias víricas negativas; ceruloplasmina normal e RUCAM score 7. A biópsia hepática revelou hepatite de interface com infiltrado inflamatório de predomínio linfocítico com eosinófilos e fibrose com formação nodular compatível com fibrose avançada, sugestiva de lesão hepática crónica, provavelmente relacionada com exposição prolongada à nitrofurantoína. Procedeu-se à suspensão do fármaco, com melhoria progressiva das enzimas hepáticas e da IgG, resolução clínica e negatização do anti-LC1 aos 3 meses. Sem recorrência a posteriori.

Discussão: A sobreposição fenotípica entre a HAI e a DILI autoimune-like torna a distinção particularmente desafiante, sobretudo na presença de fibrose avançada, que pode refletir hepatotoxicidade crónica por exposição prolongada ao fármaco. A relação temporal consistente, a melhoria bioquímica rápida e sustentada após suspensão do fármaco e a ausência de recidiva sem imunossupressão foram determinantes para o diagnóstico. Perante um fenótipo autoimune, a integração da história farmacológica e da evolução clínica é essencial.

PO 576

ENTRE SOMBRAS CUTÂNEAS E SILÊNCIOS RENAI: O DESPERTAR DE UMA VASCULITE LEUCOCITOCILÁSTICA

Claudia Silva; Inês Pereira De Oliveira; Sara Gomes Pereira; Andreia Correia Bulhão; Andreia Coutinho; Paulo Bandeira
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Introdução: As vasculites cutâneas representam um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias caracterizadas pelo comprometimento dos vasos de pequeno calibre, muitas vezes traduzindo-se clinicamente em púrpura palpável, úlceras necróticas e envolvimento sistémico. A vasculite leucocitoclástica, resulta da deposição de complexos imunes com destruição da parede vascular por neutrófilos, apresentando-se com lesões cutâneas dolorosas e, em alguns casos, disfunção orgânica. O diagnóstico requer uma abordagem abrangente, integrando história clínica, exame físico, estudo imunológico e, de forma determinante, confirmação histopatológica. É importante determinar a causa subjacente, sendo que a etiologia idiopática é um diagnóstico de exclusão.

Caso clínico: Homem de 67 anos, reformado, com hipertensão arterial, fibrilhação auricular, doença pulmonar obstrutiva crónica e tabagismo ativo, recorreu ao serviço de urgência por epigastralgia, melenas e perda ponderal com 1 mês de evolução. Apresentava lesão necrótica no membro inferior esquerdo. Analiticamente apresentava lesão renal aguda AKIN 2 sem alterações do sedimento urinário. Durante o internamento desenvolveu púrpura palpável disseminada, associada a úlceras necróticas. O estudo realizado mostrou de relevo insuficiência cardíaca com hipertrofia grave do ventrículo esquerdo de aspeto hiperecogénico sugestivo de doença infiltrativa. O estudo vírico, serológico e imunológico foram negativos, bem como a imunofixação de proteínas e as crioglobulinas. A biópsia cutânea mostrou histologia compatível com vasculite leucocitoclástica. Após introdução de terapêutica modificadora de prognóstico da insuficiência cardíaca e da corticoterapia verificou-se melhoria significativa da insuficiência cardíaca, função renal e lesões cutâneas. Teve alta hospitalar com corticoide em desmame, orientado para consultas de Medicina Interna e Cardiologia.

Discussão: A Vasculite Leucocitoclástica É De Difícil Diagnóstico, Sendo Necessária Uma Integração Cuidada Dos Achados Clínicos E Um Elevado Índice De Suspeição Para Que A Biópsia Seja Requisitada. Neste Doente Não Foi Possível determinar a causa subjacente. À data de alta o doente foi encaminhado para consulta de Medicina Interna para vigilância de recidivas e tratamento das suas comorbilidades.

PO 577

SÍNDROME ANTI-SINTETASE: QUANDO A DISPNEIA ESCONDE UMA MIOPATIA

Inês Anacleto; Paula Merino; Mariana Silva; Inês Pintor; Leonor Naia; Pedro Lopes

ULS Região de Aveiro

A síndrome anti-sintetase é uma doença autoimune rara do espectro das miopatias inflamatórias idiopáticas. De clínica heterogênea, a tríade clássica caracteriza-se por doença pulmonar intersticial, miosite e artrite. O diagnóstico baseia-se na correlação clínica e imunológica, com identificação de autoanticorpos específicos.

Homem, 67 anos, admitido por dispneia e cansaço para pequenos esforços desde há 2 semanas, associada a fraqueza muscular proximal há 1 mês e gonalgia inflamatória há 3 meses. Antecedentes: dislipidemia e síndrome do túnel cárpico bilateral. Exame Objetivo: SpO₂ 91%, murmúrio vesicular diminuído nas bases e crepitações bilaterais, limitação na abdução e rotação medial dos membros superiores e limitação na flexão da coxa esquerda. Analiticamente, de realçar CK 5248U/L, mioglobina 3255.5ng/mL, AST 382U/L, ALT 300U/L, LDH 906U/L, D-dímeros 3.59ug/mL, VS 33mm. Angio-TC torácica descartou tromboembolismo venoso, mostrando múltiplas áreas de densificação mal definidas, derrame pleural bilateral e adenopatias mediastínicas. Do restante estudo em internamento: eletroforese com alterações inflamatórias, aldolase 166.8U/L e Ac, anti-Jo-1 positivo. PET com captação difusa de 18F-FDG em vários grupos musculares e densificações pulmonares mal definidas. Eletromiografia com miopatia proximal e biópsia muscular sugestiva de miopatia inflamatória grave. Realizou provas de função respiratória mostrando padrão restritivo e broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que descartou outras causas. Assumida síndrome anti-sintetase com envolvimento pulmonar, tendo iniciado corticoterapia sistémica. Atualmente com melhoria das queixas sob metotrexato e prednisolona em desmame. A síndrome anti-sintetase deve ser considerada perante queixas de dispneia e fraqueza muscular. Este caso reforça a importância de um diagnóstico precoce e início atempado de tratamento imunossupressor, particularmente na presença de doença pulmonar intersticial, principal determinante prognóstico.

PO 578

ORTOSTATISMO COMO CAUSA DE HIPOXEMIA: UM CASO DE PLATIPNEIA-ORTODESOXIA POR FORAMEN OVAL PATENTE

Filipa Ribeiro Trigo; Filipe Brás De Macedo; Sara Soares Costa; Ana Lisa Lima; Raquel Calisto

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução: A síndrome platipneia-ortodesoxia é uma entidade rara e caracteriza-se por dispneia e hipoxemia desencadeadas pelo ortostatismo, com melhoria

em decúbito. Ocorre pela presença de shunt direito-esquerdo intracardíaco ou pulmonar, pelo que o foramen oval patente (FOP) configura uma causa frequente. O diagnóstico é estabelecido pela confirmação de shunt na ecocardiografia com contraste e o tratamento de eleição consiste no encerramento do FOP.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 90 anos, com antecedentes de comunicação interauricular tipo *ostium secundum* desde 2014, com indicação cirúrgica, não tratada por recusa do doente. Admitido no Serviço de Urgência por agravamento do padrão habitual de dispneia para esforços e platipneia. À admissão, com ortodesoxia documentada gasimetricamente, dada insuficiência respiratória hipoxémica grave quando sentado e melhoria da mesma em decúbito. Durante o internamento realizou ecocardiograma transtorácico que documentou septo interauricular aneurismático com shunt esquerdo-direito e, após a administração de soro salino agitado, shunt direito-esquerdo, a 0° de grandes dimensões, mais acentuado a 90°, a confirmar a presença de FOP. Foi realizado levante progressivo e deambulação com suplementação de oxigénio. Teve alta com oxigenoterapia de longa duração aquando do ortostatismo e durante a deambulação, tendo sido encaminhado para consulta de Cardiologia. Aquando da avaliação em consulta, apesar da persistência de ortodesoxia com necessidade de oxigenoterapia, manteve recusa de tratamento cirúrgico.

Discussão: Este caso sublinha a importância do reconhecimento precoce desta entidade subdiagnosticada, na presença de hipoxemia posicional, atendendo à morbilidade que lhe está associada e à possibilidade de tratamento dirigido na presença de FOP.

PO 579

ENDOCARDITE DA VALVULA DE EUSTAQUIO: DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

Miguel Morgado Duarte; Marcia Verdasca Oliveira; Beatriz Vital; Joana Serranho; Abel Branco; Guilherme Miranda

Hospital Distrital de Santarém, EPE

Introdução: endocardite infecciosa é uma infeção do endocárdio, geralmente das válvulas cardíacas. Complicações pulmonares resultam da embolização de fragmentos das vegetações, podendo causar embolia séptica, abscessos, infiltrados nodulares ou derrame pleural. Estas complicações são mais comuns na endocardite das válvulas do lado direito (especialmente tricúspide) e em doentes com toxicofilia endovenosa ou dispositivos intracardíacos, podendo as manifestações respiratórias ser a primeira pista para o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 77 anos, autónoma, com hipertensão arterial e pacemaker por bloqueio aurículo-ventricular de 2º grau. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, incontinência de esfíncteres e dor lombar. TC torácica revelou nódulo cavitado no lobo inferior di-

reito, nódulos sólidos no lobo superior esquerdo e opacidades nodulares no lobo superior direito. TC lombar mostrou múltiplos êmbolos sépticos e espondilodiscite L1-L2 e L4-L5 com erosões e abscesso perivertebral. EcoTT sem alterações sugestivas de endocardite, mas EcoTE identificou pequenas vegetações filiformes junto à válvula de Eustaquio no electrocateter. Microbiologia: *Candida parapsilopsis* no aspirado brônquico e *Staphylococcus aureus* MSSA nas hemoculturas. Foi realizada explantação total do sistema de pacing e iniciada antibioterapia com Linezolid, Piperacilina/tazobactam e fluconazol, com boa resposta clínica.

Discussão: A válvula de Eustaquio, entre a veia cava inferior e o átrio direito, perde função após o nascimento. Endocardite desta válvula deve ser considerada em doentes com suspeita de endocardite do lado direito e EcoTT negativo, valorizando o EcoTE. O tratamento inclui antibioterapia, suporte respiratório e, em casos selecionados, intervenção cirúrgica.

PO 580

NEOSTIGMINA – PAPEL NA SÍNDROME DE OGILVIE

Rita Sismeiro¹; Catarina Negrão²; Bárbara Lemos¹

¹Hospital de Santo André; ²Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução intestinal aguda) é uma entidade rara caracterizada por distensão abdominal aguda e dilatação do cólon sem obstrução mecânica, podendo complicar-se de perfuração intestinal, peritonite, choque séptico. É mais frequente em doentes institucionalizados, associada a distúrbios iónicos ou iatrogenia medicamentosa. O tratamento é a correção dos fatores reversíveis. A neostigmina é usada com sucesso se as medidas instituídas forem insuficientes.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, natural de Angola, acamada e dependente por sequela de meningoencefalite a sarampo, com múltiplas vindas ao serviço de urgência por náuseas, vômitos e obstipação, foi admitida pelo mesmo motivo, com rabdomiólise associada (CK 342 U/L). A radiografia de abdómen mostrou dilatação cólica exuberante sem níveis hidroaéreos; e a TC abdomino-pélvica “dolicolón com distensão por conteúdo líquido e gasoso em toda a sua extensão; ampola retal distendida, preenchida por matéria fecal não sólida; distensão da sigmóide redundante com 8cm de maior diâmetro; cego com 8,5cm de diâmetro”. Foi feito ajuste de psicofármacos, hidratação vigorosa e laxantes sem efeito optando-se por reverter o quadro com bólus de neostigmina endovenosa sob vigilância hemodinâmica, com dejeção abundante e resolução do quadro de distensão abdominal.

Discussão: A maioria das síndromes de Ogilvie resolvem com tratamento conservador, porém a recorrência é frequente. Uma distensão cólica >12 cm e persistência da distensão cólica >48-72 horas associa-se a maior risco de complicações. Em casos selecionados,

a neostigmina permite uma descompressão cólica farmacológica¹; sendo uma alternativa terapêutica mais segura relativamente à descompressão endoscópica. Valle RG, Godoy FL. Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. *Ann Med Surg* (Lond). 2014;3(3):60-64. Published 2014 Jun 19. doi:10.1016/j.amsu.2014.04.002

PO 581

PÊNFIGO NA GÉNESE DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Tomás Bragança Ribau¹; Sara Videira Almeida²; Gonçalo Carrola³; Joana Rodrigues Morais²

¹IPO Porto; ²ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano; ³ULS Santo António

Os pênfigos são um conjunto de doenças autoimunes, mediadas por autoanticorpos contra desmogleínas, caracterizadas por acantólise intraepitelial. Apresentam 3 subtipos principais: pênfigo vulgar; pênfigo foliáceo e pênfigo paraneoplásico, podendo este último preceder a neoplasia, o que constitui um desafio diagnóstico.

Homem de 88 anos, com antecedente de adenocarcinoma gástrico submetido a gastrectomia subtotal, em 2015, sem evidência de recidiva. Apresenta-se com perda ponderal superior a 13% em 4 meses, associada a dor neuropática na cavidade oral. No exame Objetivo documentado lesões erosivas e bolhosas no palato mole, sem lesões cutâneas concomitantes. Estudo histológico com imunofluorescência a revelar epitélio pavimentoso parcialmente destacado da lâmina própria por clivagem suprabasal, com infiltrado inflamatório associado e presença de depósitos lineares de IgG e IgA na camada basal, confirmando o diagnóstico de pênfigo.

Após estudo exaustivo e exclusão de neoplasia oculta, foi assumido muito provável pênfigo vulgar. Iniciada terapêutica imunossupressora com prednisolona 0,75 mg/kg/dia, com melhoria clínica significativa das lesões e recuperação ponderal. Todavia, não tolerado desmame de corticoide por recorrência de lesões mucosas, tendo sido iniciada e titulada dose de dapsona com ótima resposta clínica e a permitir gradual redução de dose de prednisolona.

Nem sempre o estudo histológico é totalmente esclarecedor no diagnóstico do subtipo de pênfigo, sendo fundamental a conciliação da clínica, a exclusão ativa de diagnósticos diferenciais, nomeadamente neoplasia oculta, e a monitorização da resposta ao tratamento. Dado tratar-se de uma doença grave, que condiciona dor significativa, com impacto no *status* funcional global, torna-se premente iniciar imunossupressão por forma a induzir completa remissão da doença.

PO 582

QUANDO O RITMO ANTEVÊ A COMPLICAÇÃO: UM CASO DE ENDOCARDITE COMPLICADA

Carolina Marcos Queijo; Luís Azevedo; Inês Ferreira;
António Sousa; Natália Lopes; Andreia Rocha Costa

Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Introdução: O pseudoaneurisma da válvula aórtica é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da endocardite infecciosa de válvula nativa. Resulta geralmente da extensão peri-valvular do processo infeccioso e associa-se a elevada morbilidade e mortalidade. O aparecimento de alterações da condução cardíaca deve levantar suspeita desta complicação.

Caso clínico: Os autores reportam o caso de um homem de 67 anos, com antecedentes de estenose aórtica grave não intervencionada e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por febre e dor epigástrica. À admissão apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda não oligúrica AKIN 2 (creatinina 1,90 mg/dL; basal 0,80 mg/dL) e alterações das provas de função hepática com padrão hepatocelular (R-factor 10,5). Realizou ECG sem alterações. A TC TAP revelou enfartes esplénicos sugestivos de fenómeno embólico. O Ecocardiograma transtorácico evidenciou válvula aórtica severamente calcificada, sem vegetações inequívocas. Perante a suspeita de endocardite infecciosa, iniciou antibioterapia empírica com gentamicina, ampicilina e flucloxacilina. As hemoculturas revelaram cocos Gram positivos, posteriormente identificados como *Staphylococcus epidermidis*. Em D2 de internamento evoluiu com instabilidade hemodinâmica associada a bloqueio auriculoventricular completo de novo, necessitando de implantação de pacemaker provisório. O ecocardiograma transesofágico revelou pseudoaneurisma da válvula aórtica envolvendo cerca de 30–40% da circunferência do anel, sugestivo de extensão peri-valvular, sendo encaminhado para cirurgia cardiotorácica urgente. Após intervenção cirúrgica, apresentou internamento prolongado em cuidados intensivos, com múltiplas complicações, incluindo infecciosas, cumprindo 6 semanas de antibioterapia e com alta orientado para EECI.

Discussão e conclusão: O caso ilustra uma forma grave de endocardite infecciosa com extensão peri-valvular e alterações da condução. O aparecimento de BAV completo deve alertar para envolvimento do anel aórtico e extensão do processo infeccioso, constituindo frequentemente indicação para cirurgia urgente. O reconhecimento precoce destes sinais de gravidade é fundamental para melhorar o prognóstico.

PO 583

ARTRITE REATIVA A PEMBROLIZUMAB – CASE REPORT

Alexandru Babiciu; Filipa Saraiva; Giovanna Guida;
Rosário Blanco Saez; Constantin Sitari

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: O Pembrolizumab, inibidor do Programmed Cell Death Protein 1 (PD-1), está associado a efeitos adversos imuno-mediados, incluindo manifestações reumatológicas raras como artrite inflamatória.

Caso clínico: Mulher de 62 anos com carcinoma da mama triplo negativo, previamente submetida a tratamento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, sob imunoterapia com pembrolizumab, recorreu ao Serviço de Urgência três semanas após o último ciclo por poliartralgias inflamatórias simétricas, febre (38,5 °C) e astenia. Apresentava elevação marcada dos parâmetros inflamatórios (Proteína C Reativa (PCR) 246 mg/L; Velocidade de Sedimentação (VS) 120 mm/h), sem leucocitose e com procalcitonina negativa. O rastreio infeccioso alargado, incluindo hemoculturas, serologias e estudo imagiológico, foi negativo. O estudo de autoimunidade não revelou alterações. A artrocentese evidenciou líquido sinovial com aumento dos parâmetros inflamatórios (11 340 leucócitos/ μ L; 76% polimorfonucleares), sem cristais ou isolamento microbiológico identificado. Após exclusão de etiologia infecciosa e autoimune primária, foi assumido o diagnóstico de artrite inflamatória imuno-mediada, secundária a pembrolizumab. Iniciou terapêutica com prednisolona e metotrexato, com melhoria clínica parcial, mantendo elevação dos parâmetros inflamatórios e atividade de doença, mantendo seguimento regular, em contexto de consulta de Reumatologia.

Discussão: A artrite associada a inibidores de *checkpoint* imunológico é uma entidade rara, mas emergente, cujo reconhecimento exige elevado grau de suspeição clínica. A exclusão sistemática de etiologia infecciosa é fundamental. A abordagem multidisciplinar e a instituição precoce de terapêutica imunomoduladora são essenciais para controlo da inflamação e prevenção de dano articular irreversível.

PO 584

FALÊNCIA HEPÁTICA AGUDA COMO APRESENTAÇÃO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA

Ana Rita Ribeiro; Ana Filipa Correia; Ricardo Ralha Martins;
Marta Segurado Duarte; Raquel Borges Pinho;
Nuno Bernardino Vieira

ULS-Algarve

Introdução: A hepatite isquémica resulta de hipoperfusão hepática e ocorre em contexto de insuficiência cardíaca, choque séptico ou insuficiência respiratória, sendo menos frequentemente associada a eventos embólicos arteriais. A endocardite infecciosa (EI) associa-se a fenómenos embólicos sistémicos, que podem

envolver múltiplos órgãos. Contudo, a apresentação inicial sob a forma de falência hepática aguda por isquemia hepática é rara e pouco descrita, podendo dificultar o reconhecimento etiológico precoce.

Caso clínico: Mulher, 56 anos admitida no serviço de urgência por febre e alteração do estado de consciência. Analiticamente com leucócitos 10 800/ μ L, proteína C reativa 46,1 mg/L, AST 7632 U/L, ALT 6197 U/L, GGT 420 U/L, LDH 5855 U/L, fosfatase alcalina 194 U/L e INR 1,8. Foi internada com diagnóstico de falência hepática aguda com encefalopatia hepática. Sem exposição a hepatotóxicos e as serologias virais negativas. A Tomografia Computorizada abdominal revelou fígado aumentado com padrão heterogêneo do parênquima e alterações de perfusão em fase arterial, sugerindo hipoperfusão venosa por insuficiência cardíaca ou eventual trombo portal. O ecocardiograma transtorácico identificou vegetação na válvula aórtica. Admitiu-se hepatite isquêmica no contexto de EI com possível fenômeno embólico sistêmico. Iniciou-se vancomicina, uma vez que a doente apresentava colonização a MRSA e foi contactada cirurgia cardiotorácica. A doente apresentou deterioração neurológica progressiva e evolução para falência multiorgânica, acabando por falecer.

Discussão: A EI associa-se a fenômenos embólicos em 20–50% dos casos, mais frequentemente envolvendo sistema nervoso central, rins e baço. O envolvimento hepático é raro e pode resultar de alterações hemodinâmicas ou fenômenos tromboembólicos. Este caso ilustra uma apresentação atípica de EI manifestada por falência hepática aguda, salientando a importância de considerar esta etiologia perante hepatite isquêmica sem causa evidente.

PO 585

FEOCROMOCITOMA NO IDOSO: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Inês Anacleto; Paula Merino; Mariana Silva; Gisela Gonçalves; Inês Pintor; Leonor Naia; Pedro Lopes

ULS Região de Aveiro

O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro, classicamente associado a hipertensão arterial, cefaleia, palpitações e sudorese. Pode apresentar-se de forma atípica, sobretudo no idoso, constituindo um desafio diagnóstico.

Homem, 81 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por episódios recorrentes de síncope sem pródromos, perda ponderal, sudorese noturna e cansaço para pequenos esforços desde há 6 semanas. Antecedentes: insuficiência cardíaca (FEVE 49%) e fibrilhação auricular sob hipocoagulação e controlo de ritmo. À admissão, TA 127/56mmHg, FC 76bpm, com lipotimia presenciada e desencadeada pelo ortostatismo (queda de 15mmHg da pressão arterial). ECG em ritmo sinusal. Durante o internamento com vários episódios de hi-

potensão sintomática relacionados com o ortostatismo na ausência de terapêutica anti-hipertensora. O estudo inicial excluiu arritmia e doença cerebrovascular significativa. A TC-TAP mostrou formação expansiva heterogênea (34mm) na glândula suprarrenal direita, confirmada por ressonância magnética. Na PET formação na suprarrenal direita com captação heterogênea de FDG sugestiva de neoplasia. Estudo funcional com elevação marcada das metanefrinas totais (2397ug/24h), das fraccionadas urinárias (metanefrina 1663ug/24h, normetanefrina 472ug/24h, 3-metoxitiramina 262ug/24h), e das metanefrinas plasmáticas (metanefrina 2178,5pg/mL, normetanefrina 370,8pg/mL, 3-metoxitiramina 22,1pg/mL), compatível com tumor secretor. Dada a suspeita de feocromocitoma foi transferido para Hospital de Referência e iniciou bloqueio alfa-adrenérgico. Posteriormente realizou adrenalectomia direita, com confirmação histológica.

Este caso realça a importância de um elevado índice de suspeição no diagnóstico de feocromocitoma perante apresentações atípicas (hipotensão), sobretudo no doente idoso com outras comorbilidades que podem atrasar o diagnóstico, sendo determinante a integração de sintomas autonómicos e achados analítico-imagiológicos para o correto diagnóstico e tratamento.

PO 586

DA FADIGA MUSCULAR AO ENVOLVIMENTO SISTÊMICO: UM CASO DE MIOSITE INFLAMATÓRIA IDIOPÁTICA

Gabriela Alves Rodrigues; Francisco Calejo Pires; Nair Mendes Correia; Catarina Bekerman; Nuno Vieira E Brito; João Gouveia; Leila Duarte

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

As miosites inflamatórias idiopáticas constituem um grupo de doenças autoimunes que afetam o músculo esquelético. Manifestam-se por fadiga muscular proximal simétrica, mialgias, disfagia e, em alguns subtipos, alterações cutâneas características.

Mulher, 29 anos, natural de Angola, foi encaminhada ao Serviço de Urgência após avaliação em consulta privada de Reumatologia. Em 2022, iniciou fraqueza muscular progressiva, de predomínio proximal, com limitação funcional, mialgias generalizadas, artralgias de ritmo misto, tumefações articulares periféricas, disfagia, perda ponderal, sudorese noturna e estado subfebril. Foi diagnosticada com “miosite desconhecida”, sendo medicada com azatioprina e prednisolona. Por agravamento progressivo, sem resposta a ajuste das doses da terapêutica, e com necessidade de apoio nas atividades de vida diárias e dispneia para pequenos esforços, deslocou-se em agosto de 2025 para Portugal. Em dezembro, suspende autonomamente a azatioprina e um mês depois apresenta agravamento marcado do quadro. No SU, doente taquicárdica (FC 112bpm), normotensa e eupneica em repouso, com li-

mitação funcional à mobilização, palpação dolorosa de todos os grupos musculares. manchas hiperpigmentadas e poliartrite. Laboratorialmente, apresentava trombocitose e aumento das transaminases (ALT 160 U/L; AST 1288 U/L), LDH (3674 U/L), troponina (1433 ng/L) e CK (73765 U/L). Iniciou-se também estudo imunológico, que revelou ANA 1:320 (AC-18, 19, 20); ENA com antiRo52 88.4, restantes ENA negativos; dsDNA, FR e CCP negativo. Por suspeita de miopericardite, iniciou terapêutica com colchicina. Colocou-se também a hipótese de miosite idiopática inflamatória, em fase de exacerbação grave, iniciando-se pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina intravenosa.

Este caso ilustra a complexidade associada às doenças autoimunes e à sua abordagem em contexto de urgência. O reconhecimento precoce de sinais de alarme é crucial para a rápida instituição de terapêutica e uma abordagem multidisciplinar e a vigilância de complicações sistêmicas mostram assim ser determinantes na redução da morbidade e mortalidade.

PO 587

SÍNDROME DE MAY-THURNER – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TVP

Alexandru Babiciu; Giovanna Guida; Filipa Saraiva; Constantin Sitari; Rosário Blanco Saez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) iliofemoral extensa sem fator precipitante aparente deve levantar suspeita de etiologia anatômica subjacente. A síndrome de May–Thurner (SMT), resultante da compressão extrínseca da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita, permanece frequentemente subdiagnosticada, apesar do seu impacto prognóstico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de mulher de 65 anos, com obesidade grau II (Índice de massa corporal (IMC) 37 kg/m²), hipertensão arterial e dislipidemia, sem história pessoal ou familiar de eventos trombóticos, admitida por dor intensa, edema e eritema do membro inferior esquerdo com 48 horas de evolução, condicionando incapacidade funcional marcada. Negava traumatismo, cirurgia recente, imobilização ou alterações terapêuticas.

À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável. Objetivava-se edema assimétrico do membro inferior esquerdo desde a raiz da coxa até à perna, calor, dor à palpação e ingurgitamento venoso superficial. O score de Wells foi de 4. A Ecografia com estudo Doppler venoso confirmou trombose extensa das veias femoral comum, femoral superficial e poplítea esquerdas, com extensão à veia íliaca externa.

Iniciou anticoagulação terapêutica com enoxaparina. Pela extensão proximal e ausência de fator desencadeante major, realizou angiografia por Tomografia Computorizada pélvica, que demonstrou compressão

do segmento proximal da veia íliaca comum esquerda pela artéria sobrejacente, compatível com SMT, associada a trombose iliofemoral extensa.

Teve alta sob anticoagulação e compressão elástica, orientada para colocação de stent ilíaco.

Discussão: Este caso evidencia que, perante TVP proximal extensa sem causa evidente, a procura ativa de SMT é determinante, pois o diagnóstico etiológico não só esclarece o mecanismo fisiopatológico como pode modificar, de forma decisiva, a abordagem terapêutica e o risco de recorrência.

PO 588

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE NOVO EM DOENTE JOVEM: PAPEL DA SAOS E OBESIDADE

Mari Angela N. Lopes; Dilia R. Valente; Nuno Bernardino Vieira
Hospital Portimão

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) em idade jovem é rara e exige investigação etiológica. A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) e a obesidade são determinantes cardiovasculares relevantes. A obesidade é atualmente considerada uma doença cardiometabólica sistêmica, associada a inflamação crónica, ativação neuro-hormonal e alterações hemodinâmicas que podem contribuir para disfunção cardíaca, hipertensão pulmonar e distúrbios respiratórios do sono.

Caso clínico: Mulher 41 anos, antecedentes de hipertensão arterial e obesidade grau II (IMC 38,5 kg/m²), recorre ao SU por dispneia progressiva, ortopneia e edemas dos membros inferiores com 3 semanas de evolução. À admissão apresentava-se congestiva, com insuficiência respiratória tipo 2 e NT-proBNP 3170 pg/mL. Rx tórax com cardiomegalia e reforço intersticial difuso. Ecocardiograma revelou VE dilatado com hipocinesia difusa e FEVE ~35%, dilatação do VD e sinais de hipertensão pulmonar, compatível com cardiomiopatia dilatada e IC com fração de ejeção reduzida. Coronariografia sem doença coronária significativa. No internamento fez estudo do sono revelando SAOS grave (IAH 53,8/h). Iniciou terapêutica modificadora de prognóstica otimizada para IC e CPAP, com melhoria clínica e alta em classe funcional NYHA I/IV.

Discussão: Este caso ilustra a interação entre obesidade, SAOS e doença cardiovascular em idade jovem. A obesidade, reconhecida como doença sistêmica multiorgânica, pode promover SAOS, hipóxia intermitente, ativação simpática e remodelamento cardíaco, contribuindo para cardiomiopatia e hipertensão pulmonar. A abordagem integrada, incluindo tratamento da SAOS, terapêutica otimizada da IC e redução ponderal, é fundamental para melhorar o prognóstico. O caso reforça a importância de pesquisar SAOS em doentes jovens com IC de etiologia não esclarecida, sobretudo na presença de obesidade

PO 589**IMPORTÂNCIA DE SUSPEITA DE INFECÇÃO PRO PARASITAS EM DOENTES COM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL**

Barbara Figueiredo Nunes¹; Margarida Vinhas²; Hermenegildo Agostinho²; Inês Coelho Cruz²; Luís Nogueira-Silva²; Edite Pereira²; Jorge Almeida²

¹IPO Porto; ²Hospital São João EPE

As infeções intestinais por parasitas, causadas maioritariamente por águas contaminadas, podem cursar com diarreias prolongadas e inespecíficas. Apresentamos um caso de uma doente internada por infeção respiratória por vírus sincicial respiratório (VSR) com queixas de diarreia, em quem se identificou infeção por *Giardia lamblia*.

Mulher de 59 anos com perturbação do desenvolvimento intelectual e imunodeficiência comum variável (com IgA indetectável) diagnosticada na juventude, para além de *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Tinha perdido seguimento em consulta vários anos antes por faltas consecutivas, tanto às consultas como às tomas de imunoglobulina. Recorreu ao SU por dispneia de esforço, tosse produtiva, rinorreia e pieira com 3 dias de evolução; negava febre, ortopneia e dor torácica. Ao exame físico tinha saturação de O₂ 86% em ar ambiente e sibilância dispersa e crepitações bibasais ligeiras na auscultação pulmonar; não tinha edema periférico. Analiticamente, constatou-se insuficiência respiratória tipo 2 sem acidemia (pH 7.38; pCO₂ 54.2 mmHg; pO₂ 51.4 mmHg), proteína C reativa 43.6mg/L e NT-proBNP 504.9 pg/mL; painel respiratório positivo para VSR. A radiografia torácica não mostrou condensações. Durante o internamento, teve melhoria gradual das queixas respiratórias. Por apresentar dejeções com fezes moles/semi-líquidas com 2 meses de evolução, associadas a dor abdominal em cólica, realizou-se pesquisa de parasitas nas fezes. A pesquisa de *Giardia lamblia* por biologia molecular foi positiva e foram observados cistos deste parasita. A doente foi tratada com metronidazol e orientada novamente para consulta externa, salientando-se a necessidade de manter acompanhamento e tratamento regular.

Este caso demonstra a importância da suspeita de infeções parasitárias, nomeadamente giardíase, em doentes com imunodeficiência comum variável.

PO 590**COLESTASE APÓS INTENSIFICAÇÃO TERAPÊUTICA: COINCIDÊNCIA OU DOENÇA SUBJACENTE?**

Nereida Monteiro; Elsa Araújo; Inês Araújo Ferreira; Rafael Lopes Freitas; Eduardo Viana; Cláudio Coelho; Ana Garrido

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Hospital Conde de Bertiandos

Introdução: Embora frequentemente implicadas, as estatinas associam-se habitualmente a elevações ligeiras, assintomáticas e autolimitadas das enzimas hepáticas,

sendo rara a lesão hepática clinicamente evidente. Ainda que exista relação temporal entre a introdução de um fármaco e as alterações analíticas, a integração longitudinal da história clínica e laboratorial pode revelar patologia subjacente até então não identificada.

Caso clínico: Mulher de 76 anos, autónoma, sem hábitos toxifílicos, com antecedentes de doença renal crónica estadio IIIb, doença arterial periférica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Um mês antes havia sido internada por síndrome coronário agudo com supradesnivelamento do ST, iniciando dupla antiagregação e intensificação da terapêutica hipolipemiente, com substituição de rosuvastatina 10 mg (adesão irregular), por atorvastatina 80 mg e ezetimiba 10 mg. Admitida por astenia, anorexia, náuseas e perda ponderal com 1 mês de evolução. Analiticamente com lesão hepática de padrão colestático (FA 1072 U/L, GGT 1004 U/L; AST 70 U/L, ALT 101 U/L), sem hiperbilirrubinemia. A TC abdominal excluiu obstrução biliar. A proximidade temporal sugeriu a hipótese de lesão hepática induzida por fármaco. Contudo, a revisão de análises prévias revelou elevação persistente de FA e GGT com cerca de 9 anos de evolução, sem investigação adicional. Procedeu-se à redução da atorvastatina para 40 mg, com melhoria parcial das enzimas colestáticas. No estudo etiológico, destacava-se IgM aumentada (243 mg/dL), ANA 1/160 e AMA positivo (M2 +++; M23E +++; gp210 ++), compatível com colangite biliar primária. Restante estudo negativo. Iniciou ácido ursodesoxicólico, verificando-se melhoria progressiva do perfil hepático sob atorvastatina 40 mg.

Discussão: A atribuição precipitada de causalidade pode camuflar um diagnóstico crónico subjacente. Mesmo em idade avançada, alterações persistentes das enzimas hepáticas justificam investigação adicional. A suspensão de terapêutica potencialmente modificadora do prognóstico deve ser precedida de avaliação longitudinal criteriosa.

PO 591**UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE LINFOMA T**

Ana Rita Ferreira De Oliveira; Inês Machado; Daniela Salgueiro; Frederica Parente; Ângela Paredes Ferreira; Daniel Alves; Miguel Torrinhas; João Pedro Pais; Ana Rita Cambão; Diana Guerra

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: O Linfoma Angioimunoblástico de células T (AITL) é um subtipo raro de linfoma não Hodgkin, com curso agressivo e alta mortalidade, representando 15–30% dos PTCL e cerca de 12% de todos os linfomas não Hodgkin.

Caso clínico: Homem 66 anos. Sem antecedentes relevantes. Clínica de epigastralgia, astenia e anorexia com 1 mês de evolução. Refere ainda noção de aumento do perímetro abdominal. Ao exame Objetivo a destacar abdómen ascítico. Analiticamente eosinofilia

periférica marcada (2300 eosinófilos). Estudo do líquido ascítico: critérios de exsudado (GASA <1.1g/dL), com predomínio de eosinófilos. Do estudo, TC tóraco-abdômino-pélvica evidencia múltiplas adenopatias mesentéricas, lateroaórticas, hilares hepáticas e retrocavas. Serologia víricas (VHB, VHC, VIH) negativas. Não imune para CMV. Imune para EBV. Serologias *Fasciola*, *Toxocara canis*, *Trichinella Spiralis*, *Strongyloides Stercoralis*, *Echinococcus* negativas. Pesquisa de micobactérias negativa. Autoimunidade negativa. Sem alterações da eletroforese de proteínas. Face a suspeita de neoplasia hematológica solicitada imunofenotipagem do sangue periférico e líquido ascítico. Realizado mielograma e biópsia medular. Mutações JAK2 e BCRL/ABL negativas. Durante a permanência no internamento o doente manteve necessidade de paracenteses evacuadoras frequentes, com hipovolêmia efetiva condicionando hipotensão arterial, lesão renal aguda oligúrica e disfunção imunológica (défice grave de IgA, G e M, hipoproteïnemia e hipoalbuminemia). Conhecido o resultado de imunofenotipagem do líquido ascítico “O estudo fenotípico revela a presença de um pequeno clone de células TCD4, que representava 0,05% de todos os leucócitos, que eram de memória central, clonais para TRBC2 e com fenótipo similar ao observado no sangue periférico e no aspirado medular.” Doente com provável diagnóstico de Linfoma T Angioimunoblástico. Apesar de ter iniciado terapêutica citorrredutora o doente acabou por falecer.

Discussão: A desregulação imunitária característica predispõe os doentes à imunodeficiência, podendo estes apresentar manifestações relacionadas com o aumento da permeabilidade vascular, tais como edema periférico, derrame pleural e ascite. Este caso relata uma apresentação de linfoma T rara, com eosinofilia periférica e ascite.

PO 592

CEREBELITE TÓXICA ASSOCIADA A ISONIAZIDA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Miguel Antunes; Marco Marta; Beatriz Santos; Vanessa Palha; Narciso Oliveira; Ana Sá
Hospital de Braga

Introdução: A isoniazida é um dos fármacos mais utilizados no tratamento e profilaxia da tuberculose, sendo geralmente bem tolerada, contudo, podem ocorrer efeitos adversos neurológicos, incluindo neuropatia periférica em 40 a 50% dos doentes, encefalopatia em 25 a 30% e, mais raramente, envolvimento cerebeloso. A toxicidade neurológica está frequentemente relacionada com interferência no metabolismo da piridoxina e pode ocorrer com maior frequência em populações de risco, como idosos ou doentes com doença renal crónica.

Caso clínico: Mulher de 84 anos em programa regular de hemodiálise (PRHD) por doença renal crónica (DRC) estágio 5 desencadeada por vasculite ANCA-MPO, sob

tratamento com isoniazida para tuberculose latente. Recorre ao SU por instabilidade da marcha e disartria com 12h de evolução. A tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC CE) não tinha alterações, tendo sido internada para vigilância e estudo adicional. Durante internamento, realizada ressonância magnética computadorizada crânio-encefálica (RMN CE) que revelou hipersinal bilateral dos núcleos dentados cerebelosos, achado sugestivo de cerebelite de etiologia tóxico-metabólica. Após suspensão da isoniazida e substituição por rifampicina, com ajuste da posologia de piridoxina, verificou-se recuperação neurológica completa em 10 dias e reversão das alterações imagiológicas.

Discussão: Este caso destaca uma manifestação neurológica rara de toxicidade pela isoniazida e reforça a importância da suspeita clínica precoce, particularmente em doentes com fatores predisponentes como insuficiência renal avançada. O reconhecimento atempado desta entidade é fundamental, uma vez que a suspensão do fármaco está geralmente associada a resolução rápida e reversível da sintomatologia.

PO 593

ENDOCARDITE DE PRÓTESE VALVULAR COM EMBOLIZAÇÃO SÉTICA MULTIORGÂNICA

Sara Oliveira Gomes; Cláudia Silva; Andreia Bulhão; Inês Oliveira; Adriana Almeida; Ângela Coelho
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

A endocardite infecciosa associada a prótese valvular constitui uma entidade de elevada morbidade, frequentemente associada a complicações embólicas sistémicas. A apresentação clínica pode ser insidiosa e inespecífica, o que pode atrasar o diagnóstico e aumentar o risco de envolvimento multiorgânico. Apresenta-se o caso de uma mulher de 29 anos, com antecedentes de ectasia da aorta ascendente associada a válvula aórtica bicúspide, submetida a substituição valvular aórtica por bioprótese em 2020. Recorreu ao serviço de urgência por quadro insidioso de cansaço progressivo, astenia marcada e perda ponderal com vários meses de evolução, sem foco infeccioso evidente à admissão. Perante a sintomatologia arrastada e o antecedente de prótese valvular, foi iniciado estudo etiológico dirigido. A tomografia computadorizada revelou múltiplos focos compatíveis com embolização séptica cerebral, renal e esplénica, levantando suspeita de endocardite infecciosa com envolvimento sistémico. As hemoculturas evidenciaram crescimento de *Streptococcus sanguinis*. O ecocardiograma transesofágico confirmou o diagnóstico de endocardite de prótese valvular aórtica biológica, documentando vegetação de grandes dimensões com elevado potencial embólico. Foi instituída antibioterapia dirigida com ceftriaxone, tendo a doente completado seis semanas de tratamento. Realizou reavaliações seriadas por ecocardiograma transesofágico, que de-

monstrou resolução da vegetação, não se verificando critérios para intervenção cirúrgica. Observou-se evolução clínica favorável, com alta após conclusão do ciclo antibiótico.

Este caso ilustra uma apresentação insidiosa de endocardite de prótese valvular, manifestada por embolização séptica multiorgânica. O reconhecimento precoce desta entidade é fundamental para prevenir complicações graves. A abordagem desta patologia deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar dedicada à endocardite, envolvendo medicina interna, cardiologia, cirurgia cardiotorácica, neurologia e infecologia, conforme recomendado nas atuais guidelines, permitindo otimizar decisões terapêuticas e melhorar o prognóstico.

PO 594

CARCINOMATOSE PERITONEAL: UM DIAGNÓSTICO RARO E DESAFIANTE

Nathalie Guerrero Camilo; Pedro Reboredo;
Mirinelde Sampson; Cristina Sousa

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introdução: A carcinomatose peritoneal associa-se habitualmente a neoplasias gastrointestinais ou ginecológicas, sendo rara no carcinoma de células renais, sobretudo em estádios iniciais. A sua ocorrência após tratamento cirúrgico com intenção curativa levanta desafios diagnósticos e prognósticos.

Caso clínico: Homem de 67 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e carcinoma papilar de células renais T1bN0M0, submetido a nefrectomia direita em março de 2025 e em *follow-up*. Recorreu ao Serviço de Urgência por ascite sob tensão previamente identificada em TC como suspeita de carcinomatose peritoneal.

Realizou paracentese diagnóstica e evacuadora com drenagem de 5,5 L de líquido ascítico turvo, amarelo-citrino. O estudo revelou SAAG <1,1 g/dL e proteínas totais elevadas (5,93 g/dL), compatível com ascite exsudativa de provável etiologia neoplásica. A contagem de polimorfonucleares foi >250 células/mm³, cumprindo critérios de peritonite bacteriana espontânea secundária. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone durante 8 dias, com boa evolução clínica.

A citologia do líquido ascítico foi positiva para células neoplásicas. A TC-TAP evidenciou espessamento peritoneal difuso com volumoso derrame, compatível com carcinomatose. A PET-TC não demonstrou hipermetabolismo sugestivo de malignidade. A biópsia peritoneal confirmou implantes de carcinoma papilar compatível com origem renal (CK7+, PAX8+, CD10+).

Discussão: e conclusão: A disseminação peritoneal no carcinoma de células renais é rara, particularmente em tumores localizados (T1bN0M0), constituindo uma forma atípica de recorrência metastática. Este caso evidencia a importância da investigação sistemática da ascite exsudativa, mesmo em doentes previamente

tratados com intenção curativa. A citologia do líquido ascítico e a confirmação histológica com imunohistoquímica foram determinantes para o diagnóstico.

Destaca-se ainda a discordância entre os achados morfológicos e a ausência de hipermetabolismo na PET-TC, reforçando que este exame não exclui carcinomatose peritoneal. O reconhecimento precoce é fundamental para adequada orientação terapêutica e prognóstica.

PO 595

LATE-ONSET NEUTROPENIA ASSOCIATED WITH OCRELIZUMAB IN RELAPSING-REMITTING MULTIPLE SCLEROSIS

Alexandru Babiciu; Filipa Saraiva; Guiovanna Guida;
Rosário Blanco Saez; Constantin Sitari

Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Introduction: Ocrelizumab, a humanized anti-CD20 monoclonal antibody approved for relapsing and primary progressive multiple sclerosis (MS), is highly effective in reducing disease activity and is generally well tolerated. However, rare but potentially serious adverse events such as late-onset neutropenia (LON) have been described.

Case report: We report the case of a 58-year-old woman with relapsing-remitting MS treated with biannual ocrelizumab infusions since 2020 who presented 3 months after her last dose with fever (38.5 °C), fatigue, dry cough, vomiting, and severe malaise. Neurological examination was consistent with her baseline examination at the last follow-up visit. Laboratory investigations demonstrated marked leukopenia (White blood cell count (WBC) $2.0 \times 10^9/L$) with severe neutropenia (Absolute neutrophil count (ANC) $0.2 \times 10^9/L$) and elevated C-reactive protein (167 mg/L), consistent with febrile neutropenia (Multinational Association for Supportive Care in Cancer score 24 (MASCC).

Peripheral blood smear confirmed isolated severe neutropenia without dysplasia or blasts. Empirical broad-spectrum antibiotics were started at the admission. Blood and urine cultures were sterile. Extensive infectious screening, including viral and bacterial serologies, was negative. Thyroid function and vitamin B12 were normal, folate was mildly reduced, and no recent exposure to myelotoxic drugs or evidence of autoimmune or hematologic malignancy was identified. After exclusion of alternative etiologies and given the temporal association, ocrelizumab-induced LON was considered the most likely diagnosis. Granulocyte colony-stimulating factor led to rapid clinical and hematologic recovery. Ocrelizumab was discontinued and therapy switched to cladribine.

Discussion: Late-onset neutropenia is a rare but potentially serious complication of ocrelizumab therapy that may occur several months after infusion. This case highlights the importance of maintaining clinical vigilance for hematologic adverse events in patients re-

ceiving anti-CD20 therapies. Early recognition, appropriate diagnostic evaluation, and prompt treatment are essential to prevent severe infectious complications. Regular hematologic monitoring may facilitate timely diagnosis and improve patient safety.

PO 596

QUANDO A PARAPARESIA ESCONDE UM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Beatriz Madureira Vital; Joana Serranho;
Miguel Morgado Duarte; Márcia Verdasca Oliveira;
Guilherme Sanches Miranda; Abel Branco;
Adelaide Figueiredo; Maria Cristina Esteves
ULS Lezíria

Introdução: O cancro do pulmão metastiza frequentemente para o sistema nervoso central, sendo o cérebro a localização mais comum. A metastização intradural da coluna vertebral é extremamente rara, sobretudo como manifestação inicial da doença, podendo apresentar-se apenas com défices neurológicos progressivos. Este caso evidencia uma apresentação inicial atípica e rara, destacando a importância do reconhecimento precoce.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, cirrose alcoólica, tabagismo e tumor mucinoso do ovário. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de paraparesia progressiva, lombociatalgia, parestesias nos membros inferiores, incontinência urinária e fecal com 1 mês de evolução, condicionando dependência funcional total. Ao exame Objetivo, de realçar: paraparesia distal grau III, pé pendente bilateral, hipostesia distal e arreflexia nos membros inferiores. TAC coluna lombar: alterações degenerativas sem conflito radicular. LCR: límpido, com hiperproteinorraquia (211mg/dL), pleocitose mononuclear, sem células neoplásicas. TC crânio: lesão frontal subcortical. RMN dorsal e lombossagrada: múltiplas formações nodulares intracanales adjacentes às raízes da cauda equina com realce pós-gadolinio, compatíveis com lesões metastáticas intradurais. TC-toraco-abdomino-pélvica: nódulo pulmonar no lobo superior direito. Biópsia pulmonar: adenocarcinoma invasivo do pulmão PD-L1 positivo. Iniciou radioterapia e imunoterapia com Atezolizumab, falecendo seis meses após o diagnóstico.

Discussão: Embora o cancro do pulmão seja o tumor sólido com maior propensão para metastização espinal, a metastização intradural é extremamente rara. A apresentação inicial com paraparesia progressiva é ainda mais incomum, com apenas relatos de casos isolados e, pode mimetizar patologia degenerativa ou inflamatória da coluna ou polineuropatias, atrasando o diagnóstico. Este caso reforça que, mesmo em tumores sólidos como o cancro do pulmão, manifestações neurológicas raras exigem um alto índice de suspeição para um diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

PO 597

ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA E O PAPEL DA ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO

Rui Salvador; Miguel Ângelo Sousa; Adriana Guedes; Manuel Martins Barbosa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite inflamatória dos grandes vasos, predominante após os 50 anos, classicamente manifestando-se por cefaleia temporal, claudicação mandibular, alterações visuais e síndrome constitucional.

Mulher de 83 anos, autónoma. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia com perda de autonomia nas duas semanas anteriores. O estudo inicial revelou elevação de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda e urina sumária com nitritúria e leucocitúria, sendo internada com diagnóstico de pielonefrite aguda sob ciprofloxacina empírica. Durante o internamento, apresentou múltiplas intercorrências infecciosas: pielonefrite por *Enterococcus faecium*, cistite por *Klebsiella pneumoniae* e infeção vulvovaginal associada a pessário. Apesar da resolução dos focos infecciosos sob antibioterapia dirigida, verificou-se manutenção de astenia e elevação sustentada da velocidade de sedimentação (VS) superior a 120 mm/h. O painel de autoanticorpos foi negativo — incluindo ANA, ANCA, anti-dsDNA e fator reumatoide — o que reduziu a suspeição de patologia autoimune sistémica e orientou o estudo para hipóteses alternativas, nomeadamente neoplasia oculta, endocardite, espondilodiscite e tuberculose pulmonar, todas excluídas após investigação dirigida. Após dois meses de internamento, realizou ecografia das artérias temporais, que evidenciou espessamento parietal com sinal do halo bilateral, achado patognomónico de ACG. Iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia, com resolução da febre, regressão significativa da astenia e melhoria progressiva do estado geral, tendo tido alta para unidade de cuidados continuados para reabilitação de miopatia de desuso, com seguimento posterior em consulta de doenças autoimunes.

Este caso ilustra uma apresentação atípica de ACG, em que intercorrências infecciosas sucessivas e a negatividade dos autoanticorpos desviaram a investigação e atrasaram o diagnóstico. A elevação sustentada da VS após resolução dos focos infecciosos, constituiu um elemento decisivo na reorientação diagnóstica. A ecografia das artérias temporais com o sinal do «halo»-patognomónico de ACG- permitiu um diagnóstico rápido e não invasivo, dispensando procedimentos mais morosos como a biópsia.

PO 598

POLIMIALGIA REUMÁTICA: DA AUTONOMIA À DEPENDÊNCIA

Beatriz Hau Neves; Sara Azevedo; Cecília Moreira;
André Santos Pinto; Márcia Meireles

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) é um processo inflamatório associado a rigidez, dor e desconforto nos músculos das cinturas escapular e pélvica, podendo associar-se a sintomas sistêmicos como febre, mal-estar ou perda ponderal. Mais frequente em idades superiores aos 50 anos e no sexo feminino, a incidência da PMR aumenta a cada década de vida. Sendo uma síndrome associada a uma resposta imune inflamatória desregulada, a PMR tem um vasto leque de entques que fazem diagnóstico diferencial, tais como Artrite de Células Gigantes (ACG) e Polimiosite.

Caso clínico: Mulher de 88 anos, previamente autónoma nas atividades de vida diária, recorre ao serviço de urgência por perda súbita de força dos membros superiores e inferiores, com 3 semanas de evolução, associado a queixas algícas exuberantes e edema periférico dos membros, exacerbado após infeção respiratória baixa. Ao exame Objetivo a destacar dificuldade na elevação dos membros superiores acima do nível cefálico e incapacidade de levantar sem apoio, sem outras alterações de relevo. Analiticamente, Proteína C reativa de 160 mg/dL e Velocidade de Sedimentação de 86 mg/dL, associado a anemia (Hemoglobina 11.4 g/dL). Imagiologicamente, com bursite da anca à direita. Assumindo-se PMR, inicia corticoterapia com prednisolona, com melhoria substancial às 24 horas de tratamento, com recuperação da marcha e capacidade de elevação dos membros superiores e diminuição franca do edema.

Discussão: A PMR é um síndrome inflamatório sistémico, cujo diagnóstico é essencialmente clínico, com resposta rápida à corticoterapia com baixas doses. Assim, perante um caso de fraqueza proximal súbita com alteração analítica dos parâmetros inflamatórios e resposta rápida (entre 24 e 72 horas) à corticoterapia em baixas doses, deve-nos de alertar para a PMR em vez de outras patologias como a Polimiosite. Porventura, a PMR e a ACG são espectros de uma mesma doença, pelo que devemos de estar atentos às complicações que advém destas.

PO 599

QUANDO A PELE ANTECIPA O DIAGNÓSTICO: SÍNDROME DE BAZEX

Inês Sousa Fernandes; Beatriz Dias Silva; Vitor Oliveira;
Inês Rento; Margarida Rato; João Olivério; Giovana Ennis;
Nuno Monteiro; Edite Nascimento

Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

Introdução: Síndrome de Bazex (SB) ou Acroqueratose paraneoplásica é um fenómeno paraneoplásico raro, cuja apresentação cursa com o aparecimento de placas violáceas, hiperqueratósicas, psoriasiformes em áreas chave, nomeadamente palmas e plantas, dedos, nariz e hélix dos pavilhões auriculares. Afeta sobretudo homens acima dos 40 anos (89% dos casos), com idade média de 60 anos. Entre 60 - 70% dos casos, a dermatose precede o diagnóstico do tumor associado.

Caso clínico: Doente de 72 anos, do sexo masculino, antecedentes de alcoolismo, sem medicação habitual, enviado para a consulta de medicina após achado de adenopatia epigástrica suspeita numa tomografia axial computadorizada (TAC) que revelou múltiplas adenopatias sugestivas de doença linfoproliferativa, sem outras alterações. Foi avaliado pela hematologia que pediu biópsia excisional, que não foi realizada por risco elevado de iatrogenia. Na consulta subsequente foram identificadas múltiplas placas violáceas hiperqueratósicas nas mãos, pés, orelhas e nariz. Por suspeita de quadro paraneoplásico o doente foi internado para progressão mais célere do estudo. Foi então observado pela Dermatologia que sugeriu a hipótese diagnóstica de SB e realizou biópsia cutânea que mostrou “padrão de reacção vagamente espongiótico”. Pela associação com neoplasia do trato gastrointestinal o doente realizou ainda Endoscopia Digestiva Alta (EDA) onde se identificou lesão neoplásica vegetante a 27cm dos incisivos. Esta lesão foi biopsada e o resultado foi de Carcinoma do esófago epidermoide, PD-L1 positivo. O doente foi posteriormente transferido para um centro de referência com o diagnóstico de neoplasia do esófago metastizada.

A identificação de quadros paraneoplásicos é de extrema importância na prática clínica, para permitir um diagnóstico e tratamento céleres. Esta dermatose está relacionada, principalmente, com carcinomas epidermóides do trato aéreo e digestivo superior, pelo que é mandatário proceder ao seu estudo. A resolução das lesões cutâneas ocorre em 91% dos casos após tratamento da neoplasia.

PO 600

DISFUNÇÃO RENAL AGUDA E ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA À METFORMINA EM DOENTE SOB ABEMACICLIB

Margarida Novais Vieira; Catarina Santos Reis; Laís Vieira;
Joana Reis; Jorge Oliveira; Jorge Almeida
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O abemaciclib, inibidor CDK4/6, utilizado no cancro da mama RH+/HER2-, associa-se a toxicidade gastrointestinal muito frequente e elevação ligeira da creatinina por inibição tubular, sendo rara a disfunção renal clinicamente significativa. Em doentes sob metformina, a deterioração aguda da função renal pode precipitar acidose láctica associada à metformina (MALA), condição potencialmente fatal.

Caso clínico: Mulher de 52 anos, com diabetes tipo 2, medicada com metformina 1000 mg 2id, DRC G2A1 (creatinina basal 1,15 mg/dL) e cancro da mama RH+/HER2-, estágio ypT1aN0R0, submetida a tumorectomia e sob goserrelina, anastrozol e abemaciclib. Em setembro de 2025 por toxicidade gastrointestinal com disfunção renal associada, suspendeu temporariamente abemaciclib tendo sido reintroduzido em dezembro de 2025 (50 mg 2id). Em janeiro de 2026 a dose foi aumentada (100 mg 2id), sendo que duas semanas depois iniciou quadro de náuseas e vômitos incoercíveis, recorrendo ao Serviço de Urgência dois dias após o início dos sintomas. À admissão encontrava-se hemodinamicamente estável. Gasimetricamente apresentava pH 7,1, bicarbonato 8 mmol/L, lactato 6,6 mmol/L, anion gap 26,4 e glicemia 128 mg/dL. Analiticamente evidenciava creatinina 5,75 mg/dL, ureia 237 mg/dL e cetonemia 2,6 mmol/L, sem elevação de parâmetros inflamatórios. Perante refratariedade à terapêutica médica procedeu-se à suspensão da metformina e do abemaciclib e realizou sessão única de hemodiálise, com manutenção de diurese adequada e resolução da acidemia e hiperlactacidemia. Teve alta ao 6º dia de internamento com creatinina 1,69 mg/dL, verificando-se posterior melhoria da função renal (creatinina 1,38 mg/dL em 12/03/2026).

Discussão: A toxicidade gastrointestinal do abemaciclib pode precipitar disfunção renal com acumulação de metformina e acidose láctica potencialmente fatal. Impõe-se monitorização clínica e laboratorial rigorosa, com suspensão temporária da metformina e eventual ajuste posológico do abemaciclib perante toxicidade significativa, permitindo prevenir complicações graves e assegurar a continuidade terapêutica na maioria das doentes.

PO 601

VASCULITE ANCA MPO: DO DIAGNÓSTICO À INDUÇÃO

Sara Videira Almeida; Iara Gomes; Rita Novera de Sousa;
Sara Rocha

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: As vasculites associadas a ANCA são doenças multissistémicas graves, frequentemente manifestadas por síndrome pulmão-rim. O diagnóstico precoce e a rápida instituição de terapêutica imunossupressora são essenciais para prevenir dano orgânico irreversível. Novas estratégias terapêuticas, como o avacopan, têm emergido como alternativa aos esquemas clássicos.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com DPOC e diabetes mellitus tipo 2, admitido por quadro arrastado de poliartralgias inflamatórias migratórias, dispneia, tosse seca e astenia, associados a febre intermitente. Analiticamente apresentava anemia normocítica/normocrômica (nadir 7,3 g/dL), elevação da velocidade de sedimentação (80 mm/1ªh, ajustada ao hematócrito) e lesão renal aguda (creatinina 2,6 mg/dL). O sedimento urinário revelou hematuria com eritrócitos dismórficos e proteinúria não nefrótica (0.58mg/mg em amostra ocasional).

A tomografia torácica demonstrou infiltrados em vidro despolido e áreas consolidativas, bem como hemorragia alveolar. Perante elevada suspeita de vasculite ANCA com atingimento pulmonar e renal, iniciou corticoterapia sistémica (1 mg/kg/dia), com rápida melhoria clínica. O estudo imunológico confirmou anticorpos ANCA-MPO positivo, anti-MBG negativos e complemento normal. Após discussão multidisciplinar, foi iniciada terapêutica de indução com rituximab associada a avacopan, permitindo rápida descida de corticoterapia.

Discussão: Este caso ilustra a apresentação multissistémica de vasculite ANCA MPO e destaca o papel das novas estratégias terapêuticas, nomeadamente a associação de rituximab e avacopan, na indução de remissão e na redução da exposição cumulativa a corticóides.

PO 602

CANDIDÉMIA COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE DIABETES MELLITUS

Sara Lourenco Tereso; Ana Côrte Real; Joana Louro
Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

Introdução: A diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico que pelo seu efeito imunossupressor e vasculopatia associada pode predispor a candidíase sistémica. Por outro lado, na literatura, a incidência de candidémia tem vindo a aumentar mundialmente, ocupando o 4º e 5º lugares entre os agentes mais frequentes na bacteriémia e na sepsis, respectivamente. A *Candida tropicalis* foi identificada numa minoria dos casos (7%).

Caso clínico: Homem de 56 anos, com história de depressão major e incumprimento terapêutico. Recorreu ao SU por astenia e sede marcadas na última semana,

associada a febre desde há 3 dias. Febril à admissão, sem outras alterações ao exame objectivo. ECG normal. GSA com glicose HI, sem acidose. Cetonémia negativa. Analiticamente: leucocitose e neutrofilia, PCR 8,8 mg/dl, glicose 570 mg/dl, urina II com muitos elementos leveduriformes e leucócitos. TAC abdóminopélvica com aspectos sugestivos de cistite. Foi iniciada cefuroxima empiricamente com posterior isolamento de *Candida Tropicalis* na urina e hemoculturas, tendo cumprido fluconazol dirigido durante 16 dias. No ecocardiograma e à observação pela oftalmologia sem evidência de endocardite nem endoftalmite. Posteriormente documentou-se HbA1c de 12,5%. Foram excluídos outros predisponentes de imunossupressão como HIV, doença hematológica, uso recente de corticoterapia ou quimioterapia.

Discussão: Ilustra-se o caso de uma candidemia como manifestação inaugural de DM. A hiperglicemia marcada concorre para a um estado de importante imunossupressão/imunoparésia, substrato ideal para a proliferação fúngica. A candidemia foi um marcador de alerta para a DM em curso (e após excluídos outros predisponentes de imunossupressão) pelo que o controlo rigoroso da glicémia foi também um factor fundamental na abordagem e melhoria do prognóstico do doente, a par da terapêutica antifúngica. Neste doente, destaca-se ainda a raridade do agente isolado, não sendo, no subgrupo dos fungos, o agente mais frequente.

PO 603

AVC ISQUÉMICO COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE SÍNDROME NEFRÓTICA POR ANTICORPO ANTI-PLA2R

Ana Isabel Paiva Santos; Inês Anacleto; Inês Almeida Pintor; João Oliveira; Paula Merino; Pedro Lopes
ULS Região de Aveiro

Introdução: A síndrome nefrótica associa-se a um estado de hipercoagulabilidade multifatorial, relacionado com alterações da hemostase e com perda urinária de proteínas reguladoras da coagulação, condicionando um risco trombótico acrescido, sobretudo venoso. Apesar de menos frequentes, os eventos arteriais podem ocorrer e traduzir-se em manifestações graves, como AVC isquémico, podendo constituir a apresentação inaugural de glomerulopatia subjacente.

Caso clínico: Homem de 55 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e doença renal crónica em estudo, admitido no SU por afasia súbita e hemiparesia direita. À admissão apresentava NIHSS 20. A TC-CE+angio apresentava ausência de lesões isquémicas e oclusão M2 esquerda, tendo sido submetido a fibrinólise e trombectomia mecânica, com perfusão mTICI 2b e melhoria neurológica. A investigação etiológica não demonstrou fonte cardioembólica ou aterotrombótica relevante. Durante o internamento documentou-se

síndrome nefrótica grave, com albumina 1,63 g/dL, proteinúria de 9435 mg/24h, relação proteína/creatinina 8,93 g/g e dislipidemia marcada (LDL 433 mg/dL). A biópsia renal confirmou nefropatia membranosa primária, com positividade para anti-PLA2R e depósitos de IgG4/PLA2R. Iniciou imunossupressão com rituximab e suplementação com albumina; associadamente, tolerou introdução de iSGLT2 e ARA-II. Presumida etiologia em contexto de síndrome de hiperviscosidade, decidido o início de terapêutica anticoagulante com apixabano. O doente apresentou evolução favorável, com melhoria neurológica e renal. Na avaliação neurológica à data da alta, destaca-se ligeira paresia facial central esquerda, com disartria ligeira (NIHSS 2).

Discussão: Este caso salienta que a síndrome nefrótica, particularmente na nefropatia membranosa, pode manifestar-se por trombose arterial. Perante um AVC isquémico aparentemente criptogénico associado a hipoalbuminemia e proteinúria marcadas, deve considerar-se um estado de hiperviscosidade secundário a doença glomerular, permitindo investigação etiológica e tratamento dirigidos.

PO 604

FIBROSE RETROPERITONEAL EXTENSA NA DOENÇA RELACIONADA COM IGG4: DESAFIO DIAGNÓSTICO SEM BIÓPSIA

Flávio Quadrado; Maria Fialho; Inês Canha Da Silva; Margarida Jacinto
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Introdução: A doença relacionada com IgG4 (IgG4-RD) é uma entidade fibro-inflamatória sistémica caracterizada por lesões pseudotumorais, infiltração linfoplasmocitária rica em IgG4 e fibrose estoriforme. Pode envolver múltiplos órgãos, incluindo retroperitонеu, mediastino, pâncreas e rins. O diagnóstico é frequentemente desafiante, sobretudo na ausência de confirmação histológica.

Caso clínico: Homem de 71 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, referenciado para estudo de massa retroperitoneal após agravamento progressivo de astenia, dispneia e edema dos membros inferiores. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou espessamento dos tecidos moles envolvendo a aorta abdominal, gordura perirrenal bilateral e veia cava inferior, com extensão mediastínica e pequeno derrame pericárdico. A PET-TC demonstrou espessamento retroperitoneal e mediastínico com captação metabólica discreta, sem adenopatias hipermetabólicas. Os marcadores tumorais e o estudo infeccioso foram negativos. Verificou-se IgG4 sérica ligeiramente elevada (129,2 mg/dL).

Após exclusão de etiologia neoplásica ou linfoproliferativa, assumiu-se provável doença relacionada com IgG4 com fibrose retroperitoneal extensa. A biópsia foi considerada de elevado risco. Iniciou corticoterapia.

pia com prednisolona 20 mg/dia, com melhoria clínica significativa, sendo posteriormente introduzida azatioprina como terapêutica poupadora de corticoide. Observou-se redução da sintomatologia e normalização dos parâmetros inflamatórios, mantendo seguimento clínico e imagiológico.

Discussão: A IgG4-RD apresenta manifestações clínicas heterogêneas. Este caso ilustra a importância da sua consideração no diagnóstico diferencial de fibrose retroperitoneal extensa, permitindo instituir terapêutica imunossupressora atempada e prevenir complicações orgânicas. A biópsia nem sempre é exequível, devendo a decisão ser individualizada após ponderação risco-benefício.

PO 605

PNEUMOCISTOSE COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE VIH EM IDADE AVANÇADA

João Lopes; Morgana Alves; Micaela Sousa Nunes; Maria João Castro; Helena Maurício; Eugénia Madureira
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Introdução: A infeção por *Pneumocystis jirovecii* é uma infeção oportunista clássica associada a imunossupressão avançada por VIH, podendo constituir a manifestação inaugural, particularmente em contextos de diagnóstico tardio.

Caso clínico: Homem de 70 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro arrastado de astenia, dispneia, tosse seca, febre e perda ponderal não quantificada, com agravamento funcional recente. Ao exame Objetivo encontrava-se emagrecido e ligeiramente polipneico. Analiticamente destacavam-se anemia, leucopenia com linfopenia e elevação da proteína C-reativa. A tomografia computadorizada torácica revelou opacidades bilaterais em vidro despolido de predomínio periférico, sugestivas de pneumonia infecciosa atípica. O rastreio microbiológico inicial foi negativo. Foi iniciada antibio-terapia empírica para infeção respiratória baixa. Perante o quadro consumptivo arrastado, foi alargado o estudo etiológico, incluindo pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (negativo) e avaliação da imunocompetência. Neste contexto identificou-se infeção por VIH-1 com carga viral de 902174 cópias/mL. A pesquisa por PCR para *Pneumocystis jirovecii* em expectoração foi positiva. Iniciou terapêutica com sulfametoxazol-trimetoprim e corticoterapia, tendo sido transferido para Serviço de Infecçiology de referência, para continuação de tratamento e abordagem da infeção por VIH.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação de pneumocistose como manifestação inaugural de infeção por VIH num doente idoso com síndrome constitucional arrastado. Embora a infeção por *Pneumocystis jirovecii* seja uma infeção definidora de SIDA bem reconhecida, o diagnóstico de VIH em idade superior a 65

anos permanece menos frequentemente suspeitado e frequentemente tardio. A literatura demonstra que os doentes mais idosos apresentam maior probabilidade de diagnóstico apenas aquando de infeções oportunistas ou doença avançada, refletindo menor suspeição clínica e menor taxa de rastreio nesta faixa etária. Este caso reforça a importância de considerar infeção por VIH no estudo etiológico de síndromes constitucionais prolongadas e pneumonias intersticiais subagudas, independentemente da idade.

PO 606

WAKE UP STROKE COMO MANIFESTAÇÃO DE DISSEÇÃO DA AORTA TIPO A

Bruno Sequeira Campos; Joana Filipe Leite; Renato Saraiva
ULS Região de Leiria

A disseção da aorta é uma emergência cardiovascular catastrófica principalmente quando acomete a porção ascendente da aorta (tipo A de Stanford). A sua apresentação varia desde dor torácica ou dorsal, a choque cardiogénico e morte súbita.

Mulher, 87 anos, previamente autónoma, com antecedentes relevantes de epilepsia sequelar a meningioma parassagital frontal posterior direito intervencionado há mais de 5 anos e hipertensão arterial, é trazida à sala de emergência por défices neurológicos agudos com diminuição da força no hemisfério esquerdo, afasia e hipotensão, com vômitos associados. Última vez vista bem às 19 horas do dia anterior.

Ao exame Objetivo, não cumpria ordens simples, em mutismo, sem abertura espontânea do olhar, pupilas isocóricas, hemiparesia esquerda G0 com face no andar superior e inferior e aparente paresia do membro inferior direito concomitante, mobilizando apenas o membro superior direito ativamente.

Acompanhada diretamente à tomografia computadorizada crânio-encefálica com estudo angiográfico intracraniano e vasos supra-aórticos. Identificado de imediato sinal da corda na artéria cerebral média direita, prosseguindo para estudo contrastado. Identificou-se de seguida disseção da aorta tipo A com falso lúmen a condicionar oclusão da emergência da artéria carótida comum direita, pouco preenchimento por contraste do segmento supra-clinoideu da artéria carótida interna direita e ausência praticamente total de contraste na porção proximal do segmento A1 da artéria cerebral anterior direita. Adicionalmente, ausência de contraste no segmento M1 da artéria cerebral média direita (assim como das restantes estruturas vasculares distais) em relação com trombo oclusivo espontaneamente hipertenso – oclusão em tandem.

Dada a gravidade e extensão das lesões, admitiu-se mau prognóstico vital tendo a doente evoluído desfavoravelmente a curto prazo.

Este caso clínico retrata um AVC como única manifestação de uma disseção da aorta tipo A, sendo uma

apresentação pouco frequente e, neste caso, não passível de qualquer atitude dirigida. Alerta ainda para a necessidade da realização do estudo com vasos supra-aórticos. Se se encontrasse em período de janela, a não realização poderia ter culminado em fibrinólise com choque hemorrágico iatrogénico consequente.

PO 607

UM CASO RARO DE OMALGIA: ARTRITE SÉTICA ESTERNOCLAVICULAR

Marco Ribeiro Ramos; Rita Pinto; Filipa Cunha; Diogo Junqueira; Ana Parreira; Céu Rodrigues
Hospital de Braga

Introdução: A Artrite Sética Esternoclavicular é uma infeção rara, representando <1% dos casos de artrite sética. O agente etiológico mais frequente é o *Staphylococcus aureus* e os principais fatores de risco incluem o consumo de drogas intravenosas, a diabetes mellitus, imunossupressão, trauma, infeção de cateteres venosos centrais e locais de infeção distante.

Caso clínico: Sexo Feminino, 31 anos. Sem fatores de risco para artrite sética. Recorre ao serviço de urgência com febre, dor clavicular direita com irradiação para o ombro ipsilateral. Objetivada tumefação paraesternal direita com sinais inflamatórios. Estudo analítico com leucocitose marcada e PCR 227 mg/L. Realizada tomografia computadorizada que demonstra espessamento do tecido subcutâneo e estruturas musculares à direita da região paraesternal, com dúvida em relação a áreas de liquefação. Pedida ressonância magnética torácica que objetiva alterações compatíveis com artrite sética e osteomielite da clavícula medial e manúbrio esternal bem como três coleções laminares abcedadas musculares peitorais direitas. Hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* sensível a metilicina. Ecocardiograma transtorácico sem alterações sugestivas de endocardite infecciosa. Assumido como foco infeccioso primário uma onicocriptose do hálux direito. Cumpre um total de 3 meses de antibioterapia, com 7 dias de flucloxacilina, 7 dias adicionais de cefazolina, e transicionando para sulfametoxazol + trimetoprim oral. Verificou-se resolução clínica e negatificação de marcadores analíticos inflamatórios após término do tratamento.

Conclusão: esta entidade pode associar-se a complicações, que são frequentes e incluem osteomielite, abcesso da parede torácica, mediastinite e sépsis. A identificação e tratamento agressivo precoce são essenciais para prevenir as complicações mais graves

PO 608

PNEUMONIA NECROTIZANTE POR MORGANELLA MORGANII NO DOENTE CRÍTICO: UMA COMPLICAÇÃO RARA

Diana Ferreira Lopes; Inês Silveira; Fábio Correia; Soraia Araújo; Pedro Mesquita; Gonçalo Torrinha; Ricardo Alves

Hospital de Braga

Introdução: A pneumonia associada à ventilação mecânica é uma das complicações mais frequentes no doente crítico. Em casos raros pode evoluir para pneumonia necrotizante, caracterizada por destruição do parênquima pulmonar, cavitação e formação de abcessos, associando-se a elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Um homem de 30 anos, previamente saudável, foi admitido na sala de emergência após queda de 3 metros. À admissão apresentava traumatismo crânio-encefálico grave (Glasgow 8), tendo sido submetido a intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica revelou fratura temporal direita, hematoma subdural temporal e contusões parieto-temporais esquerdas. Foi colocado sensor de pressão intracraniana, com valores iniciais de 23 mmHg, controlados com terapêutica osmótica. Apresentava ainda contusões pulmonares bilaterais e fratura da cabeça umeral direita, para tratamento conservador.

No segundo dia de internamento em cuidados intensivos iniciou febre persistente, expectoração abundante e elevação dos parâmetros inflamatórios, com infiltrado pulmonar direito na radiografia do tórax. Foi iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico durante 4 dias, posteriormente escalada para piperacilina-tazobactam por ausência de melhoria clínica. O estudo microbiológico revelou isolamento de *Morganella morganii* em aspirado brônquico, sensível à terapêutica instituída. Ao 7.º dia de terapêutica dirigida verificou-se agravamento clínico, com compromisso da oxigenação e necessidade de FiO2 crescentes, com benefício da posição prona. A TC torácica evidenciou extensas áreas abcedadas confluentes no pulmão direito (10,5 × 5,2 × 13,5 cm), compatíveis com pneumonia necrotizante, sem indicação cirúrgica. Foi escalada antibioterapia para meropenem, com melhoria clínica lenta mas progressiva, permitindo desmame da ventilação mecânica invasiva após 30 dias. Foi transferido para a enfermaria ao 38.º dia, em ar ambiente, mantendo programa de reabilitação e antibioterapia prolongada.

Discussão: Este caso destaca a importância da vigilância clínica e imagiológica no doente crítico, particularmente na presença de microrganismos pouco habituais e na suspeita de complicações graves como pneumonia necrotizante.

PO 609

UM CASO DE PLURIPATOLOGIA MANIFESTADAS POR DÉFICES NEUROLÓGICOS

Daniel Veiga; Anna Knoch; Elizabeth Gil; Baltazar Oliveira; Volodymyr Nagirnyak; Marta Amaro; Beatriz Lopes; Mariana Alves; Isabel Martins

Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

Os sintomas neurológicos condicionam, muitas vezes, elevada comorbilidade, disfunção executiva e cognitiva, podendo ser causados por patologias múltiplas e atingir pessoas em qualquer faixa etária.

Descreve-se o caso de uma mulher de 32 anos, com antecedentes de epilepsia desde a infância de etiologia indeterminada, síndrome de Guillan Barré há 5 anos e anemia crónica de etiologia não esclarecida que iniciou, há cerca de 1 ano, um quadro de parestesias no pés com cerca de 3 semanas de evolução, com progressão ascendente, parésia dos membros inferiores bilateralmente e desequilíbrio, cerca de 1 mês após episódio de amigdalite. À observação na consulta de Neurologia encontrava-se com paraparésia de predomínio direito, reflexos osteotendinosos aquilianos abolidos e rotulianos assimétricos (menos vivo à direita), hipostesia até aos joelhos, romberg positivo. Foi internada com suspeita de novo episódio de Síndrome de Guillan Barré. Do estudo realizado constatou-se anemia macrocítica, défice grave de vitamina B12 e anti-corpos anti-célula parietal e anti factor intrínseco positivos. A RM-CE revelou degenerescência subaguda combinada da medula cervicodorsal suportando a hipótese de défice grave de cianocobalamina em contexto de anemia perniciosa. Iniciou terapêutica de reposição com vitamina B12 intramuscular. Por os achados clínicos e a electromiografia terem sido sugestivos de síndrome de Guillan Barré foram administradas 2 doses de imunoglobulina, constatando-se melhoria progressiva dos défices neurológicos. Passados 6 meses, durante sessão de fisioterapia, iniciou crise convulsiva refratária a terapêutica anticomicial, tendo-se constatado em TC-CE lesão vascular isquémica aguda frontoopercular esquerda, com posterior transformação hemorrágica e novos défices neurológicos. Do estudo adicional realizado, genético, auto-imune, infeccioso, cardíaco, não foram detetadas alterações, mantendo o seguimento em consulta de Medicina Interna, consultadoria Genética, Doenças Auto-imunes e Fisiatria.

Relatou-se um caso de pluripatologia no adulto jovem com afeção sobretudo do sistema neurológico. Realça-se, em particular, o desafio ao nível da determinação da etiologia do AVC no jovem, bem como da importância da Medicina Física e Reabilitação na gestão destes doentes.

PO 610

VASCULITE P-ANCA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA E OS SEUS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

Miguel Tomás Rodrigues; Joana Simões; Diana Pedreira; Violeta Suruceanu; Beatriz Navarro; Ermelinda Pedroso

Unidade Local de Saúde da Arrábida

A vasculite associada a anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) é uma doença autoimune rara, caracterizada por inflamação de pequenos vasos mediada por autoanticorpos. Afeta predominantemente homens acima dos 50 anos e pode apresentar-se com manifestações multissistémicas.

Apresenta-se o caso de um doente masculino, 75 anos, sem medicação habitual e com antecedente de litíase vesicular assintomática. Foi admitido no Serviço de Urgência por dor nos membros inferiores com impotência funcional e disfagia com uma semana de evolução. Avaliado previamente, teve alta sem diagnóstico, mas com melhoria clínica após corticoterapia.

Durante o internamento em Medicina Interna, destacou-se lesão renal significativa (ureia: 367 mg/dL, creatinina: 9,78 mg/dL). Foi realizado um estudo etiológico abrangente, incluindo pesquisa de nefropatia associada a AINEs, vasculite paraneoplásica e autoimune. A positividade de ANCA anti-proteinase 3 (PR3) (48,0 U/mL) confirmou o diagnóstico de vasculite p-ANCA.

Após avaliação neurológica e realização de TC da coluna e crânio sem alterações relevantes, considerou-se que a perda funcional e astenia seriam secundárias a wasting associado à inflamação sistémica. Iniciou corticoterapia com prednisolona, com melhoria clínica e laboratorial, tendo alta com seguimento em consulta de Doenças Autoimunes.

Este caso ilustra as múltiplas formas de apresentação da vasculite p-ANCA, tanto pelos seus efeitos diretos, como a lesão renal, quanto pelos efeitos indiretos, como wasting e perda funcional. Reforça ainda a importância de uma investigação etiológica detalhada em Medicina Interna, assegurando um diagnóstico preciso e um plano terapêutico adequado.

PO 611

ESCAPE RECORRENTE DO VIH NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UM CASO COMPLEXO DE ENCEFALITE

Beatriz Luís Lopes; Margarida França

Unidade de Imunologia Clínica, ULS de Santo António, Hospital de Santo António, Porto, Portugal

Introdução: O escape viral do sistema nervoso central (SNC), raro e subdiagnosticado, corresponde à replicação do vírus da imunodeficiência humana (VIH) no líquido cefalorraquidiano (LCR) apesar de carga viral (CV) plasmática indetectável sob terapêutica antirretroviral (TARV). Manifesta-se com sintomas neurológicos progressivos: declínio cognitivo, alterações comportamentais e convulsões. O diagnóstico exige suspeição clínica e confirmação por punção lombar, após exclu-

são de outras causas de envolvimento do SNC.

Caso: Homem de 47 anos, infecção por VIH-1 diagnosticada em 2007 (estadio A1-CDC), sob TARV desde 2009 e supressão virológica plasmática. Internado em 2010 por convulsões e alteração do estado de consciência. RM-CE revelou lesões hiperintensas difusas em T2/FLAIR envolvendo substância branca periventricular, temporais e frontal. LCR com pleocitose linfocítica e CV 9440 cópias/mL com CV plasmática indetectável. Após otimização da TARV verificou-se melhoria clínica e redução da virémia no LCR. Em 2014 novo internamento por amnésia grave e lentificação psicomotora. RM-CE com agravamento das hiperintensidades da substância branca prévias e tronco encefálico. LCR com pleocitose linfocítica e CV 4210 cópias/mL, mantendo CV plasmática indetectável. Observada melhoria clínica após intensificação da TARV com maior penetração no SNC. Em 2019, novo episódio de encefalite, realizada punção lombar com CV do LCR de 16900 cópias/mL, CV plasmática indetectável e RM-CE com hipersinal da substância branca mais extenso. Realizado teste de resistências genotípico no LCR, motivando otimização terapêutica dirigida, com recuperação funcional parcial e controlo virológico. Em todos os episódios foram excluídas outras causas de encefalite.

Discussão: Este caso ilustra escape recorrente do SNC com três episódios de encefalite ao longo da evolução da infecção. Destaca-se a discrepância persistente entre CV plasmática e do LCR e alterações características na RM-CE. O reconhecimento desta entidade e a otimização dirigida da TARV são fundamentais para o controlo virológico e prevenção de défice neurológico permanente.

PO 612

HEMOPTISES E INSUFICIÊNCIA RENAL: DUAS PISTAS, UM DIAGNÓSTICO

Vasco Cremon De Lemos¹; João Seara Carvalho¹; Carolina Costa²; Diogo Calado²; Rita Silvério²; Filipa Carrega²; Manuela Fera²; Susana Marques²

¹IPO Lisboa; ²CHS - Hospital De S. Bernardo - Setúbal

Introdução: As vasculites associadas a anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) são doenças autoimunes de pequenos vasos potencialmente graves, com apresentação clínica muito diferenciada. O envolvimento pulmonar sob a forma de hemorragia alveolar é uma manifestação potencialmente fatal, exigindo reconhecimento e tratamento precoces.

Caso clínico: Mulher de 84 anos com antecedentes de hipertensão arterial, hipotireoidismo e schwannoma paravertebral à direita. Admitida na urgência por um quadro com 6 meses de evolução caracterizado por astenia progressiva, anorexia, perda ponderal e dores osteoarticulares, tendo há 2 meses iniciado hemoptises em pequena quantidade mas com agravamento progressivo. Realizou uma nasolaringoscopia que excluiu hemorragia

com origem nas vias aéreas superiores e observou coágulos provenientes das vias aéreas inferiores.

A admissão apresentava-se com palidez das mucosas e polipneia, sem outras alterações relevantes ao exame Objetivo. Analiticamente destacava-se anemia (hemoglobina de 7,1g/dL) e lesão renal aguda (creatinina 3,2 mg/dL). Realizou tomografia computadorizada do tórax que revelou áreas em vidro despolido sugestivas de hemorragia alveolar. O estudo imunológico demonstrou positividade marcada para ANCA anti-proteinase 3.

Perante suspeita de vasculite associada a ANCA iniciou pulsos de corticoterapia sistémica com metilprednisolona 1g por dia e ácido aminocaproico verificando-se melhoria clínica e resolução imagiológica das alterações pulmonares em exame de controlo. Posteriormente efetuou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que confirmou o diagnóstico.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação sistémica insidiosa de vasculite ANCA, inicialmente mascarada por sintomas constitucionais inespecíficos. A identificação precoce deste diagnóstico permite iniciar rapidamente terapêutica imunossupressora, fundamental para reduzir a morbilidade e mortalidade, bem como melhorar a qualidade de vida da doente.

PO 613

SINAL DE PEMBERTON: UMA PISTA PARA SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

Sara Videira Almeida; Ana Brasil; Mafalda Petrucci Presunto; Ana Rita Sárria; A. Beatriz Ferreira

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A síndrome da veia cava superior (SVCS) resulta da obstrução do retorno venoso da cava superior, sendo a neoplasia pulmonar a causa mais frequente. O reconhecimento precoce dos sinais clínicos é fundamental para orientar rapidamente a investigação etiológica e o tratamento.

Caso clínico: Homem de 75 anos, ex-fumador (108 UMA), observado no serviço de urgência por quadro com mais de um mês de evolução caracterizado por dor torácica intermitente, dispneia progressiva e episódios de rubor facial desencadeados por manobra de Valsalva e flexão cervical. Referia ainda plenitude auricular, pressão facial em decúbito e agravamento da intolerância ao esforço.

Ao exame Objetivo destacava-se plétora facial com exacerbação à manobra de Valsalva e sinal de Pemberton positivo, sugestivo de obstrução do retorno venoso superior.

A angioTC torácica revelou massa pulmonar no lobo superior direito (6,8 × 5 cm) com invasão hilar e extensão mediastínica, condicionando compressão significativa da veia cava superior e associada a adenomegalias mediastínicas e supraclaviculares.

A biópsia pulmonar foi consistente com carcinoma do pulmão de não pequenas células, TTF1 positivo, favo-

recendo adenocarcinoma pulmonar primário. O estudo de estadiamento foi compatível com doença localmente avançada (T4N3M0, estágio IIIC).

O doente iniciou corticoterapia com dexametasona 8mg bdiário e medidas posturais, com melhoria sintomática, tendo sido posteriormente orientado para quimiorradio-terapia concomitante após discussão multidisciplinar.

Discussão: Este caso ilustra a importância da semio- logia clínica na identificação precoce da síndrome da veia cava superior. O reconhecimento de sinais clássi- cos como o sinal de Pemberton pode ser determinante na suspeita desta entidade e acelerar o diagnóstico de neoplasia pulmonar subjacente

PO 614

ABCESSOS CEREBRAIS POR NOCARDIA: UMA INFECÇÃO OPORTUNISTA RARA

Baltazar Oliveira; Mariana Alves; Marta Amaro; Rita Calixto
Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

As Nocardioses são infecções oportunistas raras com en- volvimento multiorgânico, incluindo infecções do sistema nervoso central. As bactérias do género *Nocardia* são responsáveis por cerca de 2% dos abscessos cerebrais e apresentam uma taxa de mortalidade mais elevada do que outros agentes. Estas infecções mostram-se rele- vantes em doentes gravemente imunodeprimidos.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 56 anos, com antecedentes de infeção por VIH-1 com incumprimento da terapêutica antirretroviral. Em 2025 apresentava carga viral elevada e contagem de células CD4+ de 72 células. Tinha ainda antecedentes de infe- ção por VHC tratada e hábitos toxicofílicos. Recorreu ao Serviço de Urgência por alteração do comportamento, disartria e hemiparésia direita. Realizou TC cranioen- cefálica que revelou lesões ocupantes de espaço pa- rietoccipitais à esquerda, sendo internado no serviço de Medicina Interna para estudo. Para esclarecimento diagnóstico, realizou RM cranioencefálica que eviden- cia múltiplos abscessos piogénicos supracentimétricos na região parietoccipital esquerda, com extensa área de edema vasogénico, desvio da linha média, hernia- ção subfalcina e ligeira herniação do uncus esquerdo. Após discussão com Neurocirurgia do hospital de re- ferência, foi transferido para aquele centro, onde foi submetido a craniectomia com drenagem de abscesso cerebral parietal esquerdo. Do líquido de drenagem obteve-se isolamento de *Nocardia abscessos*, tendo iniciado antibioterapia dirigida, com melhoria clínica e imagiológica. Após estabilização clínica regressou ao hospital de área de residência para continuidade terapêutica. Teve alta orientado para as Consultas de Medicina Interna e Doenças Infeciosas com indicação para cumprir antibioterapia durante 1 ano e reavalia- ção imagiológica periódica.

Este caso evidencia a importância do diagnóstico etio- lógico precoce e do controlo de foco no tratamento de

infecções oportunistas graves em doentes com imuno- depressão avançada.

PO 615

PARALISIA FACIAL BILATERAL – UM CASO RARO

Mónica Jardim¹; Sofia Almada¹; Sara Nunes Gomes¹; Elisa Caldeira¹; Duarte Noronha²; Teresa Carolina Aguiar²

¹Serviço de Medicina Interna, SESARAM; ²Hospital Dr. Nélcio Men- donça

Introdução: A paralisia facial periférica bilateral é uma apresentação clínica rara que exige investigação cui- dadosa. Contrastando da paralisia de Bell, a bilatera- lidade sugere causas sistémicas ou infecciosas que requerem tratamento específico.

Caso clínico: Homem de 55 anos, previamente au- tónomo, com antecedentes pessoais de doença de Chron, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por parestesias e paralisia da hemiface direita após tratamento de canal por abces- so dentário. Inicialmente assumido como iatrogénico à administração de anestésico, teve alta. Regressou ao SU 3 dias depois por envolvimento contralateral. Negou febre ou outras queixas sistémicas. Ao exame Objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, sem alterações à auscultação cardiopulmonar e sem sinais de dificuldade respiratória. Do exame neuro- lógico a destacar paralisia dos três andares da face, com sinal de Bell positivo bilateralmente, reflexos os- teotendinosos fracos nos membros superiores, com patelares e aquilianos abolidos, sem alterações da força muscular, Romberg com oscilações e tendência a posteriorização. Fez tomografia computadorizada ce- rebral sem alterações. Analiticamente sem aumento dos parâmetros de fase aguda. Ficou internado por suspeita de variante de Síndrome de Guillain-Barré e iniciou ciclo de imunoglobulina humana. Fez punção lombar com estudo citoquímico e molecular e pes- quisa de agentes etiológicos víricos negativos, com autoimunidade em curso. Fez ressonância magnética crânio-encefálica que revelou realce difuso e simétrico dos nervos faciais, compatível com a suspeita clínica de síndrome de Guillain-Barré, sendo remotas as hi- póteses infecciosas e a possibilidade de manifestação extraintestinal da doença de Chron. Apresentou curso favorável com alta referenciado para Medicina Física e Reabilitação, mantendo seguimento na Neurologia.

Conclusão: O síndrome de Guillain-Barré é uma polir- radiculoneuropatia aguda imunomediada, caracterizada por fraqueza muscular progressiva, geralmente ascen- dente, acompanhada de arreflexia. Contudo, existem variantes à sua apresentação que podem passar des- percebidas. Podendo evoluir rapidamente para insufi- ciência respiratória e disfunção autonómica, é impor- tante estar alerta para o seu diagnóstico.

PO 616

PARALISIA DO III PAR E HEMIPARESIA CONTRALATERAL: UM CASO DE SÍNDROME E WEBER

Sara Lourenco Tereso; Ana Côrte Real; Joana Louro
Unidade Local de Saúde do Oeste - Caldas da Rainha

Introdução: A síndrome de Weber é um tipo raro de síndrome do acidente vascular cerebral (AVC) do tronco cerebral, caracterizada por paralisia do nervo oculomotor ipsilateral e hemiparesia contralateral. A etiologia mais comum é a isquemia do mesencéfalo causada pela oclusão dos ramos paramedianos da artéria cerebral posterior ou dos ramos perfurantes da bifurcação basilar.

Caso clínico: Apresenta-se um homem de 65 anos, sem antecedentes conhecidos, que recorreu ao SU por desvio da comissura labial, ptose palpebral esquerda e hemiparésia à direita com 3 horas de evolução. Ao exame objectivo destacava-se TA 156/87 mmHg, ptose palpebral esquerda, exo-hipotropia do olho esquerdo, pronação MSD na PBE, queda do MID no Mingazzinni e hemiparésia à direita, grau 4 em 5. Não tinha alterações agudas na TAC CE e o ECG estava em ritmo sinusal. O rastreio infeccioso foi negativo, o rx-tórax PA e a urina II normais. No internamento destacou-se HbA1c 6,8%, LDL 112 mg/dl e perfil tensional a condicionais início de ramipril. Realizou RM CE que identificou lesão isquémica recente no pedúnculo cerebral esquerdo e vertente esquerda superior da protuberância. O Holter 24h, ecocardiograma TT e o ecodoppler dos vasos do pescoço não tinham alterações relevantes. Foi avaliado pela oftalmologia que identificou paralisia incompleta unilateral do III par craniano esquerdo. Com base nos achados clínicos foi assumido o diagnóstico de síndrome de weber.

Discussão: Síndrome de weber é uma síndrome mesencefálica alterna rara mas com semiologia característica que deve fazer-nos pensar nesta entidade. Esta entidade tem como etiologia mais frequente a isquémica sendo fundamental o seu reconhecimento precoce para o correcto tratamento e melhoria do prognóstico, com controle rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares e medidas de precaução para evitar a recorrência do AVC.

PO 617

NÓDULOS HEPÁTICOS: UM MISTÉRIO GRANULOMATOSO

Marco Ribeiro Ramos; Filipa Cunha; Rita Pinto;
Diogo Ferraro Junqueira; Ana Parreira; Céu Rodrigues
Hospital de Braga

Introdução: Granulomas hepáticos são encontrados em aproximadamente 2-10% dos doentes submetidos a biópsia hepática. Naqueles em que existe doença subjacente a etiologia pode ser infecciosa ou não-infecciosa. Uma percentagem significativa dos casos com doença sintomática (10-35%) é idiopática.

Caso clínico: Sexo feminino, 34 anos, previamente assintomática. Recorre ao serviço de urgência por febre, dor dorsolombar e hipocôndrio direito com 12 dias de evolução. História de abortamento espontâneo no 1º trimestre, 3 semanas antes. Estudo analítico apenas com elevação da PCR, sem elevação dos marcadores de lesão hepática ou colestase. Internada pela objetivação de múltiplas lesões nodulares hepáticas, na sua maioria infracentimétricas sugestivas de abscessos, na tomografia computadorizada abdominal e na ressonância magnética abdominal. Realizada biópsia hepática que revela achados sugestivos de Hepatite Granulomatosa, sem evidência histológica de infeção por *Mycobacterium tuberculosis*. Hemoculturas negativas. Estudo serológico infeccioso negativo. Estudo autoimune negativo. Cumpre 14 dias de Ceftriaxone + Metronidazol com resolução sintomática e normalização da PCR. Repetida tomografia computadorizada abdominal, com melhoria significativa das lesões hepáticas. Completou em ambulatório 6 semanas de antibioterapia. Reavaliada 2 meses após alta hospitalar mantendo-se assintomática, marcadores analíticos inflamatórios negativos e tomografia computadorizada abdominal a descrever resolução das lesões hepáticas.

Conclusão: Apesar de uma grande percentagem dos casos de hepatite granulomatosa não possuir etiologia identificada após estudo etiológico extenso, a resolução com antibioterapia sem instituição de corticoterapia (o tratamento da hepatite granulomatosa idiopática), apoia a possibilidade de etiologia infecciosa bacteriana. Neste caso, a relação temporal entre o abortamento espontâneo e o aparecimento das lesões hepáticas levou a assumir-se relação causal por disseminação hematogénica.

PO 618

BACTERIÉMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Rita Pratas; Sofia Teixeira; Ana Cristina Peixoto; Diana Ferrão;
Leila Amaro Cardoso; Jorge Almeida
Hospital São João

Introdução: A bacteriemia por *Staphylococcus aureus multissensível* (MSSA) é uma infeção associada a elevada morbilidade e mortalidade, associada a infeções metastáticas em mais de um terço dos casos. O empiema epidural é uma entidade rara, que pode resultar de disseminação hematogénica e cuja apresentação clínica é frequentemente inespecífica, contribuindo para atraso diagnóstico.

Caso clínico: Sexo masculino, 68 anos. Recorre ao serviço de urgência por cervicalgia e febre desde há 10 dias. À admissão com dor à palpação e limitação na mobilização da região cervical, sem défices neurológicos. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (PIs)(PCR 288 mg/L) sem claro foco infeccioso. Internado por síndrome febril indeterminado.

Do estudo: tomografia computadorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica sem identificação de foco infeccioso e ecocardiograma transtorácico sem vegetações. Nas culturas de sangue da admissão isolado MSSA, tendo iniciado antibioterapia com flucloxacilina. Realizou ressonância magnética cervical com descrição de empiema epidural endocanal com extensão de C1-C4, coleções paravertebrais e suspeita de artrite séptica interapofisária C3-C4. Discutido com Neurocirurgia, para terapêutica conservadora pela ausência de défices neurológicos. Realizou punção aspirativa ecoguiada da coleção paravertebral, com colheita de material purulento, com isolamento de MSSA. PET com hipercaptação cervical sem embolização à distância. Foi realizado ecocardiograma transesofágico, com descrição de duas estruturas filamentosas aderentes à valvula mitral e à válvula aortica, com 6 e 14 milímetros, respetivamente. No internamento foi otimizada antibioterapia, com substituição de flucloxacilina por cefazolina, com boa evolução clínica e melhoria progressiva dos Pls. Após estabilização clínica, melhoria radiológica do processo infeccioso e atendendo à suspeita de endocardite, o doente teve alta sob antibioterapia oral, com posterior reavaliação.

Discussão: Este caso ilustra uma bacteriemia complicada por MSSA com múltiplas focalizações. Perante bacteriemia por MSSA, particularmente na ausência de porta de entrada evidente, é essencial manter elevada suspeição para infeções metastáticas e endocardite, realizando investigação dirigida e tratamento atempado.

PO 619

DA COMPLEXIDADE DA ANALGESIA AO TRATAMENTO DE FERIDA MALIGNA

Joana Graça¹; Iuri Correia²; Guilherme Magalhães²; Maria Moraes²; Luísa Pereira²

¹Hospital Cuf Tejo; ²Hospital Cuf Tejo

Introdução: Apresentamos um caso de alta complexidade em cuidados paliativos, tendo em conta a idade, os sintomas de difícil controlo, as necessidades funcionais e fragilidade e a instabilidade da doença de base.

Caso clínico:: Mulher, 39 anos, com recidiva de adenocarcinoma do cólon em 2024 sob a forma de metastização pré-esternal, parede abdominal e hepática. Em julho/25, sob a 4ª linha de tratamento (encorafenib e cetuximab), e medicada com oxicodona + naloxona 40+20mg 12/12h, etoricoxib 90mg, pregabalina 25mg, esomeprazol 20mg, e morfina 20mg SOS, a doente foi internada por toxicidade e dor não controlada, apresentando lesão metastática da parede abdominal volumosa. Seguiram-se 5 internamentos nos 5 meses seguintes, por dor não controlada e ferida maligna exuberante e de agravamento progressivo. Ao longo de 6 meses foi necessária uma escalada significativa da terapêutica analgésica por dor de difícil controlo, com rotações de opióide, com aumento progressivo

de dose e ajuste de terapêutica adjuvante, nomeadamente corticoterapia, antidepressivo, anticonvulsivante, relaxante muscular e quetamina. Foi também necessária a realização de pensos de ferida maligna frequentes, por agravamento dimensional e ulceração. A salientar episódio de hemorragia maciça em setembro/25, com necessidade de administração de adrenalina intra-tumoral, assim como administração de ácido aminocapróico endovenoso e local. Desde então com necessidade de sedoanalgesia para a realização de pensos e com intervenção da cirurgia plástica para controlo hemorrágico. Apesar do declínio progressivo do estado geral e de funcionalidade, foi atingida estabilidade clínica e a doente foi transferida para Unidade de Cuidados Paliativos próxima da área de residência, medicada com fentanilo TD 600mcg/h, dexametasona 4mg/dia, pregabalina 300mg bid, amitriptilina 50mg bid, morfina e diclofenac em SOS.

Discussão: Podemos concluir que estamos perante um quadro de sofrimento multidimensional e de elevada complexidade, sob a forma de refratariedade às medidas instituídas e necessidade de escalada terapêutica, assim como a necessidade de gerir a dor incidental e situações agudas emergentes, salientando a importância de uma equipa multidisciplinar especializada em cuidados paliativos e a articulação com as diferentes especialidades.

PO 620

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA HIPERCALCÉMIA NA DOENÇA ONCOLÓGICA: UM CASO CLÍNICO

Rita Pratas; Francisco Vieira Neves; Mariana Lobo Oliveira; Sofia Teixeira; Catarina Santos Reis; Marta Patacho; Jorge Almeida

Hospital São João

Introdução: A hipercalcémia é uma alteração metabólica frequente na prática clínica, podendo associar-se a elevada morbidade quando grave. As suas causas dividem-se classicamente em mediadas por paratormona (PTH) e não mediadas por PTH. Entre estas últimas, a hipercalcémia associada à malignidade constitui uma das etiologias mais relevantes, sendo responsável por cerca de 20–30% dos casos.

Caso clínico: Sexo masculino com 79 anos. História médica prévia de carcinoma epidermóide do pulmão localmente avançado e hipertensão arterial medicada com três fármacos (perindopril, indapamida e amlodipina). Foi referenciado ao serviço de urgência por hipercalcemia grave identificada em estudo analítico prévio ao início de terapêutica oncológica. À admissão: pressão arterial 125/80mmHg, sem défices neurológicos agudos ou outras alterações ao exame Objetivo. Quando questionado referia apenas polidipsia. Analiticamente apresentava cálcio ionizado 1,58 mmol/L e sem disfunção renal. Em termos eletrocardiográficos, QTc 393ms. Ainda no SU foi intensificada a fluidote-

rapia e bifosfonatos. Do estudo etiológico realizado, a destacar: valores PTH baixos (15,3 pg/mL), défice de vitamina D (10 ng/mL) e hipofosfatémia (2.1mg/dL); sem hipergamaglobulinemia nem aumento das cadeias leves livres. A tomografia computadorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica com progressão da massa pulmonar conhecida mas sem evidência de metastização à distância, achado corroborado por estudo imagiológico da coluna e cintigrafia óssea. Perante o contexto oncológico foi inicialmente considerada hipercalcémia mediada por PTHrP, tendo sido solicitado o respetivo doseamento. Entretanto houve uma normalização progressiva da calcemia após terapêutica dirigida e o doseamento de PTHrP revelou valores baixos, pelo que foi assumido hipercalcemia em contexto de diurético tiazídico.

Discussão: Apesar da associação clássica entre carcinoma epidermóide do pulmão e hipercalcémia mediada por PTHrP, a abordagem sistematizada baseada na avaliação da PTH e na integração de dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos na avaliação deste distúrbio iónico, mesmo em doentes com forte suspeita de etiologia paraneoplásica.

PO 621

FEBRE Q CRÓNICA NUM DOENTE NEPALÊS COM CARDIOPATIA REUMÁTICA: QUANDO A EPIDEMIOLOGIA IMPORTA

José Verdasca; João Godinho; João Santos; Margarida Correia; Tiago Ferreira; Ana Matos Tornada
ULS Sta. Maria

A febre Q é uma zoonose com distribuição mundial causada pela *Coxiella burnetii*, bactéria intracelular obrigatória, podendo manifestar-se de forma aguda ou crónica. A forma crónica ocorre em <5% dos casos e apresenta-se mais frequentemente como endocardite, sobretudo em doentes com patologia valvular pré-existente ou imunossupressão.

Reportamos o caso de um homem de 30 anos, natural do Nepal, sem antecedentes conhecidos, admitido no Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência, febre e tosse. Apresentava depressão do estado de consciência, sinais neurológicos focais e sopro mitral holossistólico grau II, além de lesões cutâneas de prurigo nodular. Verificou-se ter acidente vascular cerebral isquémico multiterritorial (artéria cerebral média direita e esquerda), vários territórios de embolização sistémica não recente (esplénica, hepática e renal), flutter auricular, elevação dos parâmetros inflamatórios e padrão de cito colestase hepática. Os ecocardiogramas transtorácico e esofágico, não evidenciaram vegetações ou trombo intracardiaco, mas revelaram cardiopatia valvular mitral reumática grave e dilatação grave da aurícula esquerda. Na suspeita de endocardite infecciosa, fez hemoculturas seriadas que foram negativas. Verificou-se ter infeção aguda

por *Mycoplasma pneumoniae* e serologia de *Coxiella burnetii* compatível com febre Q crónica. Foi instituída terapêutica com doxiciclina e hidroxycloquina, referenciado para valvuloplastia ou substituição da válvula mitral, via transcateter, e instituída hipocoagulação oral com dicumarínico.

Devido à inespecificidade das suas manifestações clínicas, o diagnóstico da febre Q pode ser desafiante, sendo a epidemiologia fundamental para orientar na suspeita clínica. A doença cardíaca reumática é uma das doenças valvulares mais comuns nos países em desenvolvimento, predispondo para a cronicidade da febre Q, constituindo um factor de risco embolígeno, sobretudo na presença de flutter auricular. Este caso ilustra a importância de reconhecer a epidemiologia singular da população migrante, fundamental para o reconhecimento e diagnóstico adequado desta entidade.

PO 622

RAIVA EM PORTUGAL: UMA DOENÇA QUASE ESQUECIDA E FATAL

Beatriz Madureira Vital; Joana Serranho; Miguel Morgado Duarte; Márcia Verdasca Oliveira; Guilherme Sanches Miranda; Abel Branco; Adelaide Figueiredo; Maria Cristina Esteves

ULS Lezíria

Introdução: A Raiva é uma encefalite viral quase invariavelmente fatal após o início dos sintomas. Embora rara na Europa, permanece endémica em várias regiões de África e Ásia. Os sintomas prodrómicos inespecíficos dificultam o diagnóstico precoce, sobretudo em contextos de baixa incidência. A ocorrência de raiva em Portugal é excepcional, limitada a raros casos importados.

Caso clínico: Homem de 73 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, emigrante em Angola e regressado a Portugal há um mês. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por astenia, disfagia com sensação de “aperto na garganta”, hidrofobia e, vômitos aquosos com três dias de evolução. Cerca de 2 semanas antes iniciara alterações comportamentais com alucinações visuais e auditivas, agitação e insónia. Analiticamente destacava-se apenas leucocitose (18.9X10⁹/L) e neutrofilia (85%). Durante a permanência no internamento verificou-se agravamento neurológico com confusão e agitação psicomotora, evoluindo para depressão respiratória com necessidade crescente de oxigenoterapia. Associaram-se febre, hipotensão, oligúria e agravamento da função renal. Ao exame neurológico apresentava diminuição difusa da força muscular e reflexos osteotendinosos diminuídos, sobretudo nos membros inferiores. A punção lombar revelou LCR sem alterações de relevo (normoproteíno-raqúia, normoglicorraquia e 1 célula/uL). Observou-se deterioração progressiva do estado de consciência nos dias subseqüentes, necessidade de ventilação mecânica

nica invasiva e falência multiorgânica. A hipótese de infecção por raiva foi confirmada pela presença de RNA do vírus da raiva na biópsia dos folículos pilosos da nuca, líquido cefalorraquidiano, saliva e urina. O doente faleceu cerca de uma semana após o diagnóstico.

Discussão: A raiva permanece um diagnóstico desafiante em países de baixa incidência como Portugal, sobretudo durante a fase prodrômica, quando predominam manifestações inespecíficas. Neste contexto, a história epidemiológica assume particular importância na orientação da suspeita diagnóstica. Este caso reforça a importância de considerar esta etiologia perante quadros neurológicos rapidamente progressivos em indivíduos provenientes de áreas endêmicas.

PO 623

QUANDO A DERMATOMIOSITE CUTÂNEA RELEVA LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Patrícia Cláudio Ferreira; Ana João Gonzaga;
Ana Luís Vasconcelos; Luís Neves Da Silva; Susana Loureiro;
Margarida Monteiro; Maria Rosário Araújo;
Olinda Sousa Caetano

ULS Braga

Introdução: O linfoma de células T periférico (PTCL) corresponde a um grupo heterogêneo de neoplasias geralmente agressivas com origem em células T maduras. É raro, representado menos de 15% dos linfomas não Hodgkin em adultos¹. Apresenta-se um caso ilustrativo das dificuldades diagnósticas desta entidade.

Caso clínico: Mulher, 67 anos, autônoma, com antecedentes de insuficiência suprarrenal central, herpes zoster (2023) e colonoscopia em 2023 com úlcera retocólica.

Internada para estudo de febre (T_{máx} 40°), dor femoral e na bacia de predomínio noturno, astenia, anorexia e náuseas com uma semana de evolução. Apresentava rash eritematoso macular no decote e região periorbitária de aparecimento e resolução espontânea, rash petequial nos membros inferiores, úlcera no palato duro com extensão ao palato mole e adenopatias cervicais e supra-claviculares.

Analiticamente com pancitopenia (anemia inflamatória, ferritina > 19000). Tomografia computadorizada com esplenomegalia. PET demonstrou adenopatias hipermetabólicas supra e infradiafragmáticas e hipermetabolismo ósseo/medular axial e apendicular proximal e esplênico. Imunofenotipagem de sangue periférico revelou linfoplasmoblastos, sem monoclonalidade, a sugerir processo reativo. Biópsia excisional de gânglio cervical mostrou proliferação interfolicular/paracortical de células T atípicas com características suspeitas de PTCL. Estudo medular sem infiltração linfomatosa. Painel de miopatas inflamatórias positivo para NXP2 e biópsia cutânea compatível com dermatomiosite cutânea.

Discussão: Caso de apresentação sistêmica aguda e

diagnóstico desafiante. A persistência da suspeita de doença hematológica primária permitiu o diagnóstico de linfoma de células T periférico com envolvimento ganglionar e cutâneo. A associação com dermatomiosite cutânea sugere provável síndrome paraneoplásica.

PO 624

HIPOPITUITARISMO: PODE A INSUFICIÊNCIA HORMONAL MIMETIZAR CHOQUE SÉTICO?

António Lopes Da Cruz; Iara Fazenda; Ana Frederica Parente;
António Fernandes; Duarte Lages Silva; Cátia Barreiros;
Mariana Barbosa; Ana Rita Caldas; Laura Fajar;
Ana Maia Silva; Carmélia Rodrigues; Diana Guerra
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Introdução: O hipopituitarismo é uma entidade rara, frequentemente subdiagnosticada face à apresentação clínica inespecífica. A etiologia é heterogênea: causas estruturais (ex: adenomas hipofisários), vasculares (ex: apoplexia; síndrome de Sheehan) ou iatrogenia (cirurgia ou radioterapia).

Caso: Mulher, 43 anos, antecedentes de sépsis/hemorragia pós-parto aos 35 anos (sem outros dados) e astenia de longa data. Uma semana após ter auxiliado, de forma desprotegida um parto caprino, iniciou tosse, anorexia, vômitos incoercíveis, evoluindo em 3 dias com prostração e febre. Admitida no SU: sonolência (GCS 14), hipotensão refratária a fluidos, hiponatremia (132 mmol/L) e PCR elevada (16 mg/dl). Face ao contexto epidemiológico e edema cerebral difuso em TC, foi considerado possível choque séptico por neurobrucelose. Admitida em UCI sob suporte vasopressor. Iniciou antibioterapia empírica e corticoterapia sistêmica, com suspensão do suporte em 24h. Transferida para a enfermaria, realizou punção lombar que não tinha alterações. A persistência de letargia, hipoglicemia e alterações eletrolíticas motivaram reavaliação diagnóstica com estudo endócrino, revelando hipocortisolismo e hipotiroidismo central (ACTH 16 pg/ml, cortisol basal 2 ug/dl; TSH 1.3 uIU/ml, fT3 <0.95, fT4 <0.42). Microbiologia negativa (incluindo serologia e PCR Brucella) e RM-CE sem lesões agudas. Suspendeu antibioterapia, reiniciou corticoterapia associada a levotiroxina com melhoria clínica e analítica. Confirmado posteriormente panhipopituitarismo. Aguarda RM da sela turca para esclarecimento etiológico (RM prévia sem aparante macroadenoma / apoplexia). Não descartada possibilidade de Síndrome Sheehan.

Discussão: O caso ilustra o desafio diagnóstico do hipopituitarismo: sintomas insidiosos desvalorizados por anos, até descompensação aguda em contexto de stress com insuficiência adrenal secundária a mimetizar quadro de choque séptico.

PO 625

DISFAGIA PROGRESSIVA ASSOCIADA A MOTILIDADE ESOFÁGICA INEFICAZ

Jorge Reboredo Pinheiro

Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Vila Real

Introdução: A motilidade esofágica ineficaz (MEI) é uma alteração funcional frequente, muitas vezes associada à doença de refluxo gastroesofágico (DRGE). Devido ao caráter inespecífico da sintomatologia, a sua interpretação clínica exige integração com outros estudos funcionais, nomeadamente endoscopia e manometria.

Caso clínico: Doente de 27 anos, autónoma, com esquizofrenia hebefrénica medicada com palmitato de paliperidona e propranolol, e alergia a amoxicilina. Recorre por disfagia progressiva iniciada com fadiga ao mastigar, evoluindo para dificuldade em engolir líquidos e necessidade de dieta pastosa. Refere perda ponderal sem anorexia. Sem disfonia, dispneia, xerostomia ou xeroftalmia.

Ao exame físico apresentava-se vigil, cooperante, emagrecida, hidratada, eupneica e hemodinamicamente estável. Peso atual 49 kg (evolução recente: 47,8 ↑ 46 kg). Auscultações cardíaca e pulmonar sem alterações.

A endoscopia digestiva alta e baixa foi normal, com biópsias gástricas positivas para *Helicobacter pylori*. Analiticamente não havia alterações relevantes e estudo autoimune negativo. Realizou manometria esofágica (19/12/2025), que demonstrou MEI: peristaltismo do corpo esofágico ineficaz, esfíncteres superior e inferior com pressões e relaxamento normais, trânsito completo do bolo e testes provocativos sem alterações. Cumpriu erradicação para *H. pylori* com Pylera® sem intercorrências, mas suspendeu IBP precocemente. Refere ligeira melhoria, tolerando alguns sólidos mas mantendo dieta predominantemente pastosa.

Discussão: A presença de disfagia com endoscopia normal reforça a importância da manometria para caracterização funcional e exclusão de outras patologias motoras. A melhoria parcial após erradicação de *H. pylori* e otimização da terapêutica sugere um contributo de refluxo associado, embora a possibilidade de uma alteração motora primária não deva ser descartada. O seguimento especializado permitirá avaliar a necessidade de exames adicionais, ajustar terapêutica e monitorizar evolução sintomática.

PO 626

SÍNDROME CONSTITUCIONAL E LESÃO RENAL AGUDA: UMA VASCULITE ANCA NO IDOSO

Laura Oliveira Cainé; Laura Oliveira Cainé; Carolina Veiga; Flávia Freitas; Paula Felgueiras

Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

Introdução: A lesão renal aguda associada a síndrome constitucional representa um desafio diagnóstico, abrangendo etiologias infecciosas, neoplásicas e autoi-

munes. Entre estas, as vasculites associadas a ANCA constituem uma causa importante de glomerulonefrite rapidamente progressiva. A sua identificação precoce é fundamental para instituir terapêutica imunossupressora atempada e prevenir dano renal irreversível.

Caso clínico: Homem de 79 anos, autónomo, com antecedentes de fatores de risco cardiovasculares. Recorreu ao serviço de urgência por alterações analíticas com anemia e lesão renal aguda. Referia ainda astenia, mialgias e anorexia com cerca de um mês de evolução, associadas a deterioração progressiva do estado geral. Ao exame Objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável e apirético, sem outras alterações relevantes. A gasimetria revelou acidose metabólica sem acidemia. Ficou internado para estudo de síndrome constitucional associado a anemia e lesão renal de novo. A ecografia renovesical revelou rins de dimensões preservadas, com diminuição difusa da espessura parenquimatosa e discreta redução da diferenciação parênquimo-sinusal. Analiticamente destacava-se anemia normocítica e normocrômica (Hb 7.1g/dL), lesão renal aguda (Cr 5.2mg/dL), hiperferritinemia (548ng/mL) compatível com inflamação crónica, hipergamaglobulinemia (IgA 571 mg/dL, IgG 2287 mg/dL) com IgM diminuída, complemento dentro da normalidade e proteinúria não nefrótica (2g/24h). A eletroimunofixação sérica não evidenciou gamopatia monoclonal. O estudo autoimune revelou p-ANCA positivo com anti-MPO positivo e anti-PR3 negativo. Restante estudo autoimune negativo. Perante os achados clínicos e laboratoriais foi assumido o diagnóstico de vasculite ANCA MPO. O doente foi transferido para o serviço de Nefrologia de outro hospital para continuação da investigação e orientação terapêutica.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação insidiosa de vasculite associada a ANCA-MPO, com envolvimento renal predominante e sem manifestações extra-renais evidentes. Apesar de constituir uma causa menos frequente de lesão renal aguda nesta faixa etária, deve ser considerada no diagnóstico diferencial, particularmente na presença de sintomas constitucionais.

PO 627

GATO QUE ARRANHA, MORDE – UMA INFECÇÃO A PASTEURELLA MULTOCIDA

Catarina Freitas Artalheiro¹; Ana Beatriz Couto²; Andreia Nunes¹; Pedro Beirão¹

¹Hospital Garcia de Orta; ²Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: As zoonoses associadas aos gatos são variadas, sendo transmitidas através da saliva (mordidas, arranhadelas), transmissão fecal-oral, aerossóis dos fluidos corporais, ou por vectores como as pulgas. Entre os agentes associados a estas zoonoses, destacam-se: *Bartonella henselae*, *Pasteurella multocida*, Raiva,... Em caso de lesões provocadas por felinos, a

investigação etiológica dever-se-á basear na microflora colonizadora destes animais.

Caso clínico: Mulher, 81 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, obesidade, sobreposição Asma/Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Recorreu ao Serviço de Urgência por ferida no membro inferior direito com sinais inflamatórios e drenagem purulenta após mordidela do seu gato doméstico. À observação, encontrava-se hemodinamicamente estável, febril (39°C), com murmúrio vesicular rude com roncospersos. Destacava-se a presença de rubor e edema a nível do membro inferior com drenagem de exsudado purulento. Analiticamente, verificou-se a presença de leucocitose. Foi internada com o diagnóstico de Celulite do membro inferior direito. Por suspeita de infecção a *Bartonella* dado contexto epidemiológico, a doente iniciou antibioterapia com Claritromicina, tendo sido colhidas hemoculturas (HCs) e serologias a *Bartonella* (negativas). Por Pneumonia de Aspiração, foi alterada para antibioterapia para Amoxicilina + Ácido Clavulânico. Por isolamento de *Pasteurella multocida* em HCs, cumpriu 14 dias de antibioterapia com HCs de reavaliação negativas, foi excluída endocardite com Ecocardiograma Transtorácico e espondilodiscite com TC da coluna.

Discussão: A *Pasteurella multocida* é um agente da microflora oral de gatos e cães, frequentemente esquecida em casos de zoonoses associadas a estes animais, em detrimento da *Bartonella*. Contudo, o tratamento deste agente infeccioso difere do da *Bartonella*, devendo o mesmo ser coberto na seleção de antibioterapia empírica.

PO 628

PARÉSIA ISQUÉMICA DO III PAR CRANIANO EM JOVEM COM DIABETES TIPO 1

Laura Oliveira Cainé; Carolina R. Oliveira; Carolina Veiga; Flávia Freitas; Paula Felgueiras

Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende

Introdução: A parésia do III par craniano pode resultar de múltiplas etiologias, incluindo aneurisma, lesões compressivas ou neuropatia isquémica microvascular. Em doentes jovens, a identificação da etiologia representa frequentemente um desafio diagnóstico, exigindo exclusão de causas estruturais ou inflamatórias.

Caso clínico: Homem de 37 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 há 14 anos, complicada com retinopatia e nefropatia diabética, com controlo metabólico inadequado e múltiplos episódios prévios de cetoacidose diabética. Recorreu ao serviço de urgência por vertigem, cefaleias intensas e diplopia. Ao exame neurológico apresentava ptose palpebral direita e oftalmoplegia parcial do olho direito (incapacidade de supravversão e adução, com preservação da abdução), sem anisocoria ou alterações pupilares. Não apresentava outros défices neurológicos focais. Realizou TC crânio-encefálica e angioTC dos vasos cervi-

cais e intracranianos sem evidência de hemorragia, lesões expansivas, aneurismas ou oclusões vasculares. Ficou internado para estudo etiológico. A RM cerebral revelou múltiplos focos glióticos subcorticais inespecíficos, compatíveis com alterações microangiopáticas, e lesão cerebelosa esquerda sequelar, sem evidência de isquemia aguda. O estudo laboratorial excluiu infeção, défices vitamínicos, disfunção tiroideia e doença autoimune. Durante o internamento, após otimização do controlo glicémico, verificou-se melhoria progressiva do défice oculomotor, com resolução completa da ptose e da oftalmoplegia ao fim de três semanas. Dada evolução apresentada, considerou-se como diagnóstico neuropatia isquémica microvascular do terceiro par craniano no contexto de diabetes mellitus mal controlada.

Discussão: Este caso ilustra uma neuropatia isquémica do terceiro par craniano num doente jovem com diabetes mellitus mal controlada. O quadro clínico de ptose e oftalmoplegia com preservação pupilar, associado à ausência de lesões estruturais e à recuperação espontânea, é sugestivo de etiologia microvascular. Este caso reforça a importância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial da diplopia aguda em doentes com fatores de risco vascular e também reforça a importância do controlo glicémico nos doentes diabéticos.

PO 629

FRATURA PATOLÓGICA DO FÉMUR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HIPERPARATIRÓIDISMO PRIMÁRIO

Fabiola Figueiredo; Fernando Simões; Sofia Camões; Alina Osuna; Rui Marques; Joana Capelo; Edite Nascimento
ULS VDL

Apresentamos o caso de um doente de 39 anos que compareceu no serviço de urgência com uma fratura subtrocanterica do fémur direito após um traumatismo de baixa energia. A investigação revelou hipercalcemia significativa e elevação acentuada da hormona paratiroide, tendo sido identificado um Adenoma da Paratiroide inferior esquerda como causa do Hiperparatiróidismo primário. A Síndrome MEN foi excluída. O doente foi submetido a estabilização ortopédica da fratura e, posteriormente, a paratiroidectomia dirigida, com evolução clínica favorável. Este caso ilustra uma apresentação rara, mas relevante, de Hiperparatiróidismo primário num adulto jovem.

PO 630

MIELOMA MÚLTIMO: O GRANDE MIMETIZADOR EM DOENTES COM MÚTIPLAS COMORBILIDADES

Marco Marta; Narciso Oliveira; Vanessa Palha; Ana Sá; Beatriz Santos; Miguel Antunes
Hospital de Braga

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) caracteriza-se pela proliferação de plasmócitos clonais produtores de proteína M e constitui um desafio diagnóstico, sendo

frequentemente atrasado pela falta de especificidade dos sintomas.

Casos clínicos: Apresentam-se três homens:

Caso 1: 77 anos, com HTA, dislipidemia e tabagismo; queixas de febre, tosse produtiva e prostração. Do estudo a salientar: Hb 10,6g/dL, PCR 96,74mg/L, hipercalemia (11,3mg/dL), imunoparésia e ratio cadeias leves livres aumentado 211 (kappa 249, lambda 1.18); TC torácica com consolidações bilaterais e lesões osteolíticas. Diagnóstico de MM cadeias leves Kappa inaugural associado a pneumonia.

Caso 2: 78 anos, submetido a prostatectomia radical e radioterapia por adenocarcinoma da próstata há 6 anos e nefrectomia direita por carcinoma renal há 3 meses. Queixas de dorsolombalgia intensa há 2 meses. Do estudo a salientar: Hb 10.4g/dL, Leucócitos 2400/uL, Plaquetas 106000/uL, electroforese de proteínas séricas (EPS) com pico monoclonal IgA/kappa. TC da coluna e toracoabdominopélvica com lesão lítica em D9, e fratura em D8-D10 e D12. Diagnóstico de MM IgA/kappa inaugural.

Caso 3: 75 anos, com HTA, dislipidemia, DM2, submetido a ressecção anterior do recto por adenocarcinoma do recto há 6 anos e termoablação de carcinoma renal há 9 meses. No último mês com dor no membro inferior direito, toma diária de AINEs, anorexia, náuseas, vômitos e emagrecimento. Do estudo a salientar: Hb 9.7g/dL, creatinina 8.21mg/dL (basal 1.8mg/dL), acidose metabólica, hipercalemia; EPS com pico monoclonal IgA/Kappa. TC toracoabdominopélvica e do membro inferior direito com lesões osteolíticas. Diagnóstico de MM IgA/kappa inaugural associado a LRA AKIN 3 por nefropatia de cilindros. Os doentes foram candidatos a terapêutica dirigida para o MM.

Discussão: Os casos ilustram a dificuldade diagnóstica de MM perante comorbilidades que poderiam justificar os achados, conduzindo a atraso diagnóstico e terapêutico. No caso 1, a prostração num doente previamente autónomo motivou o estudo, pois a gravidade da pneumonia era desproporcional às alterações neurológicas. No caso 2 e 3, em doentes com neoplasias recentes, as lesões líticas poderiam sugerir metastização, somando-se no caso 3 a toma de AINEs como contributo para a lesão renal aguda, perpetuada com os vômitos.

PO 631

BACTERIÊMIA POR MRSA COMPLICADA POR EMPIEMA EM DOENTE COM VIH E DOENÇA RENAL AVANÇADA

Flávio Quadrado¹; Leonilde Barros²; Ana Catarina Gonçalves²; Teresa Pereira³; Diogo Bento²; Freddy Ramirez²; Maria José Manata²

¹Unidade Local de Saúde do Alentejo Central; ²Unidade Local de Saúde de São José; ³Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

Introdução: A bacteriemia por *Staphylococcus aureus* é uma causa frequente de infeção invasiva, associada a elevada morbimortalidade. As estirpes resistentes à

metilina (MRSA) representam um desafio terapêutico adicional e estão associadas a maior risco de infeções profundas. Entre estas, o empiema pleural constitui uma complicação relevante, exigindo frequentemente drenagem pleural e antibioterapia prolongada.

Caso clínico: Homem de 49 anos com infeção por VIH-1 diagnosticada em 2005, com adesão irregular à terapêutica antirretroviral e doença renal crónica por glomerulonefrite membranoproliferativa. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por anorexia, edema generalizado, hematúria e câibras com várias semanas de evolução, associadas nas duas semanas anteriores a toracalgia, tosse produtiva, dispneia progressiva e sensação febril.

À admissão apresentava hipertensão marcada e edema generalizado. Analiticamente destacava-se anemia (Hb 9,1 g/dL) e agravamento da função renal (creatinina 6,46 mg/dL). Durante a permanência no SU, a tentativa de colocação de cateter venoso central por dificuldade de acessos periféricos complicou-se com hemopneumotórax direito e pneumomediastino.

Posteriormente documentou-se bacteriemia por MRSA com provável foco respiratório, evoluindo com empiema pleural direito. Foi realizada drenagem torácica com colocação de dreno. O ecocardiograma transesofágico não revelou vegetações.

Cumpriu antibioterapia dirigida e prolongada com vancomicina, ceftarolina e posteriormente linezolide, com esterilização das hemoculturas e melhoria clínica progressiva. Durante o internamento verificou-se progressão da doença renal com necessidade de indução dialítica.

Discussão: A bacteriemia por MRSA associa-se frequentemente a infeções profundas, sobretudo em doentes imunossuprimidos, e o empiema constitui uma complicação potencialmente grave, sendo fundamental a drenagem e antibioterapia dirigida. Este caso ilustra a complexidade da abordagem destas infeções em doentes com VIH e doença renal avançada, salientando a importância do reconhecimento precoce e do controlo do foco infeccioso.

PO 632

QUANDO A MARCHA DENUNCIA O DÉFICE VITAMÍNICO: UM CASO DE DEGENERESCÊNCIA COMBINADA SUBAGUDA

Joana Alves Afonso; Mariana Oliveira; Daniela Marado; Sofia Brasil; Rita Castanheira Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A metformina é uma das primeiras linhas de tratamento na diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), estando descrita a associação da sua toma à diminuição dos níveis de vitamina B12, dependendo da dose e duração do tratamento. Contudo, quando não devidamente corrigido, o défice vitamínico pode originar diversas consequências, de que é exemplo a degeneres-

cência combinada subaguda (DCS). O reconhecimento precoce e a intervenção terapêutica são cruciais para prevenir sequelas neurológicas irreversíveis.

Caso clínico: Homem, de 71 anos, com antecedentes pessoais de DM2 desde 2011, com doença coronária associada, medicado com metformina 1000mg 3id, semaglutido 7mg e dapagliflozina 5mg. Recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio na marcha e fraqueza muscular dos membros inferiores, com 4 dias de evolução. O exame neurológico revelava força muscular preservada em todos segmentos, reflexos mio-táticos presentes e simétricos, embora hipocinéticos a nível aquiliano, parestesias simétricas das extremidades, hipopalestesia nos membros inferiores e ataxia da marcha, com sinal de Romberg presente, sem alterações esfinterianas. Realizou TC-CE, que excluiu lesões endocranianas associadas e EMG, que excluiu a presença de uma polineuropatia. Analiticamente, apresentava défice de vitamina B12 e iniciou suplementação, com melhoria franca dos sintomas. Em ambiente de urgência, não foi possível obter uma imagem da medula espinhal, por ressonância magnética.

Discussão/Conclusão: O défice de vitamina B12 é um efeito adverso da metformina e, consequentemente, poderá causar DCS. A hipopalestesia nos membros inferiores e a ataxia sensitiva da marcha foram aspetos semiológicos fundamentais para o diagnóstico de DCS no nosso doente, uma mielopatia associada ao défice vitamínico. O caso reforça a importância da avaliação periódica dos níveis séricos de vitamina B12, particularmente em doentes medicados com metformina e realça também a relevância da semiologia no diagnóstico diferencial com a polineuropatia diabética, muito mais comum, na prática clínica.

PO 633

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO E RELAÇÃO COM TROMBOFILIAS

Sara Frazão De Brito¹; João Horta Antunes¹; André Santos¹; Francisco Gonçalves²; Bárbara Picado¹

¹Hospital Beatriz Ângelo; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A relação entre trombofilias e enfarte agudo do miocárdio, encontra-se mais bem estabelecida na síndrome do anticorpo anti-fosfolípido, do que em trombofilias hereditárias clássicas (Fator V de Leiden e protrombina G20210A).

Caso clínico: Sexo masculino, 36 anos, autónomo. História conhecida de heterozigotia para a mutação G20210A no gene da protrombina, com trombose prévia do ramo direito da veia porta, tabagismo crónico ativo. Medicado habitualmente com edoxabano 60mg até há 1 ano, altura em que suspendeu por opção própria. Recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica tipo aperto na região pré-cordial, sem irradiação, com 1 semana de evolução, com agravamento no último

dia. No exame Objetivo, fácies de dor. Dos exames realizados destaca-se: troponina I de elevada sensibilidade (hsTNI) 43,2ng/L, radiografia de tórax sem alterações, eletrocardiograma normocárdico, ritmo sinusal, com supradesnivelamento do segmento ST (supraST) em DI e aVL evoluindo para supraST em V2-V4, D1 e aVL. Ecoscopia cardíaca com hipocinesia dos segmentos médio e apical das paredes anterior, septo interventricular anterior e ápex. Assumido enfarte agudo do miocárdio (EAM) com elevação do segmento ST, em Killip I, fez ácido acetilsalicílico 300mg e ticagrelor 180mg. Coronariografia mostrou descendente anterior ocluída no segmento proximal, tendo sido submetido a angioplastia primária com implantação de stent com fármaco. Realizou perfusão de eptifibatide após procedimento. Durante o internamento, da cinética de hsTNI destaca-se um máximo de 162416,5ng/L, colesterol total 227mg/dL, HDL 47mg/dL, LDL 156mg/dL. Evoluiu favoravelmente, tendo alta hipocoagulada.

Discussão: Este caso destaca que a mutação no gene de protrombina G20210A pode significar um aumento do risco de EAM. A pesquisa de trombofilias deve ser ponderada em casos de EAM em idade jovem, sem fatores de risco clássicos ou com história de trombose inexplicada.

PO 634

PNEUMONIA POR CITOMEGALOVÍRUS: UMA CAUSA RARA DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA EM ADULTO IMUNOCOMPETENTE

Maria Beatriz Santos; Susana Tânger Correia; Inês Machado Martins; Vanessa Barcelos; Paulo Ávila; Maria Guadalupe Benites

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: O citomegalovírus (CMV) é um vírus frequentemente associado a infecção latente e doença aguda em indivíduos imunodeprimidos. A doença invasiva por CMV em adultos imunocompetentes é rara e pode manifestar-se com sintomas respiratórios inespecíficos, constituindo um desafio diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por febre, tosse e mal-estar geral com alguns dias de evolução. Analiticamente, com linfocitose e elevação de proteína C-reativa. A radiografia torácica revelou alterações intersticiais inespecíficas, tendo sido iniciada antibioterapia empírica por pneumonia adquirida na comunidade. Perante persistência de febre e ausência de melhoria clínica, realizou tomografia computadorizada torácica que evidenciou infiltrados pulmonares bilaterais de padrão intersticial. O estudo microbiológico alargado revelou carga viral elevada de CMV por polymerase chain reaction no sangue, compatível com doença invasiva, tendo sido excluídas outras etiologias infecciosas. Foi iniciada terapêutica antiviral com ganciclovir intravenoso, com melhoria clínica e analítica progressiva, seguida de transição

para valganciclovir oral. Posteriormente, foi realizado estudo complementar, que excluiu imunossupressão.

Discussão: A pneumonia por CMV é incomum fora do contexto de imunossupressão e pode apresentar-se de forma indistinguível de outras infecções respiratórias, de etiologia viral ou outra. Este caso evidencia a importância de considerar etiologias virais menos frequentes perante evolução clínica atípica e/ou ausência de resposta à antibioterapia. O diagnóstico baseia-se na demonstração de replicação viral significativa e na exclusão de outras causas. O reconhecimento precoce permitiu instituir terapêutica antiviral dirigida, com impacto favorável na evolução clínica.

PO 635

APENDAGITE EPIPLÓICA

Joana Teixeira; Gonçalo Ruas

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A apendagite epiplóica é uma causa rara e frequentemente subdiagnosticada de dor abdominal aguda. A sua apresentação clínica pode mimetizar outras entidades mais comuns, como diverticulite aguda ou apendicite, conduzindo por vezes a investigação e tratamento desnecessários.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 55 anos, excesso ponderal, recorre ao serviço de urgência por febre e dor no flanco esquerdo com três dias de evolução e de agravamento progressivo. Ao exame Objetivo apresentava dor à palpação do hipocondrio e flanco esquerdos, sem sinais de irritação peritoneal; da avaliação laboratorial elevação de parâmetros inflamatórios sem outros achados relevantes. A TC abdominal evidenciou, na goteira paracólica esquerda, pequena formação ovalada de densidade adiposa, delimitada por halo hiperatenuante e associada a discreta densificação da gordura adjacente, achados sugestivos de apendagite epiplóica. Melhoria clínica subsequente com analgesia e anti-inflamatórios.

Discussão: A apendagite epiplóica é uma entidade relativamente rara e ainda pouco reconhecida. Apesar de habitualmente apresentar evolução benigna e resolução sob tratamento conservador, o seu reconhecimento assume particular importância na avaliação etiológica da dor abdominal aguda.

PO 636

COINFEÇÃO OPORTUNISTA POR CMV E MYCOBACTERIUM AVIUM EM DOENTE COM SIDA

Maria Beatriz Santos; Susana Tânger Correia;

Inês Machado Martins; Vanessa Barcelos; Paulo Ávila

Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: A imunossupressão associada à infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) predispõe a infecções oportunistas múltiplas, podendo envolver diferentes órgãos e dificultar o diagnóstico etiológico. A coexistência de infecções oportunistas do sistema nervoso central e a doença disseminada constitui um

desafio diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico: Homem de 50 anos com diagnóstico recente de infeção por VIH-1 em estadio síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) iniciou terapêutica antirretrovírica, apresentando imunossupressão marcada. Durante o internamento, desenvolveu quadro de encefalopatia com alteração de estado de consciência. A ressonância magnética cerebral evidenciou lesões inflamatórias focais compatíveis com processo infeccioso. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou pleocitose mononuclear e hiperproteínorráquia, tendo a polymerase chain reaction identificado citomegalovírus (CMV) com carga viral inicial muito elevada, compatível com encefalite por CMV. Iniciou terapêutica com ganciclovir, posteriormente associada a foscarnet por resposta virológica incompleta e suspeita de resistência antiviral. Paralelamente, foram identificadas múltiplas adenopatias mediastínicas e abdominais por tomografia computadorizada. A biópsia ganglionar revelou infeção por *Mycobacterium avium* complex (MAC), compatível com linfadenite oportunista, tendo sido iniciada terapêutica dirigida com etambutol, rifabutina e zidovudina.

Discussão: O caso evidencia a possibilidade de coexistência de infeções oportunistas em contexto de SIDA. A encefalite por CMV é uma manifestação grave e rara, cujo diagnóstico depende da deteção viral no LCR e da correlação clínica e imagiológica. A presença simultânea de linfadenite por MAC reforça a necessidade de investigação etiológica abrangente perante adenopatias em doentes imunodeprimidos. O reconhecimento precoce destas entidades e a instituição de terapêutica específica são fundamentais para otimizar o prognóstico.

PO 637

SÍNDROME ANTISSINTETASE: EXPRESSÃO MULTISSISTÉMICA DE UMA MIOPATIA INFLAMATÓRIA

Catarina Reis Barão; João De Menezes Aguiar;

Margarida Guiomar; Inês Matias Lopes; Ana Margarida Silva;

Inês Carvalho De Sousa; Gonçalo Felix; Inês Parreira;

Patricia Howell Monteiro; João Madeira Lopes;

Federica Parlato; António Martins Batista

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

O síndrome antissintetase é uma miopatia inflamatória autoimune rara, definida pela presença de autoanticorpos dirigidos contra aminoacil-tRNA sintetases. Caracteriza-se classicamente por miosite, doença pulmonar intersticial, artrite e fenómeno de Raynaud, podendo apresentar envolvimento multissistémico. A doença pulmonar intersticial ocorre em mais de 60% dos doentes e constitui o principal determinante de morbilidade e mortalidade.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 29 anos, natural de Angola, com diagnóstico prévio de miosite

associada a síndrome antissintetase, medicada com prednisolona e azatioprina, que recorreu ao serviço de urgência por agravamento das queixas musculares, dispneia de esforço e toracalgia. À admissão encontrava-se taquicárdica e subfebril, sem insuficiência respiratória. Laboratorialmente destacava-se elevação marcada de enzimas musculares (CK 73 765 U/L), citólise hepática significativa, mioglobina 2944 ng/mL, LDH 3674 U/L e troponina 1433 ng/L. O ecocardiograma revelou miocardiopatia inflamatória com função ventricular esquerda preservada, elevada probabilidade de hipertensão pulmonar e derrame pericárdico ligeiro. A tomografia torácica demonstrou doença intersticial inflamatória e adenomegalia subcarinal. O estudo imunológico evidenciou ANA 1:320, anti-Ro52 e anti-PL-12 fortemente positivos, com hipergamaglobulinemia significativa. Assumiu-se exacerbação de miopatia inflamatória idiopática com fenótipo de dermatomiosite associada a síndrome antissintetase, com envolvimento pulmonar e cardíaco de novo. Foi instituída terapêutica imunossupressora intensiva com prednisolona (1 mg/kg/dia), micofenolato mofetil e rituximab, observando-se melhoria clínica e laboratorial sustentada.

Este caso evidencia o potencial de envolvimento multiorgânico grave do síndrome antissintetase e reforça a importância do reconhecimento precoce e de uma estratégia imunossupressora agressiva para controlo da atividade inflamatória e prevenção de lesões de órgão irreversíveis.

PO 638

POLIMIALGIA REUMÁTICA

Joana Teixeira; Gonçalo Ruas

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: A febre sem foco representa frequentemente um desafio diagnóstico. A polimialgia reumática é uma doença inflamatória caracterizada por dor e rigidez proximal, geralmente envolvendo cinturas escapular e pélvica. O seu reconhecimento é fundamental, uma vez que a corticoterapia sistémica resulta frequentemente em rápida melhora clínica.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 89 anos, internada por febre sem foco, astenia, anorexia e dor proximal das cintura escapular e pélvica com rigidez matinal associada. Avaliação analítica com anemia normocítica normocrômica e elevação de marcadores inflamatórios. Durante o internamento foi submetida a extensa avaliação de causas infecciosas, inflamatórias e neoplásicas. Quadro clínico compatível com polimialgia reumática, instituindo-se corticoterapia oral com melhoria rápida dos sintomas.

Discussão: O caso apresentado demonstra uma apresentação típica de polimialgia reumática. A investigação de febre sem foco em doentes idosos com múltiplas comorbidades é desafiante, exigindo abordagem integrada e sistemática para exclusão das suas cau-

sas. A história clínica detalhada e o exame físico permanecem centrais na sua avaliação.

PO 639

SARCOIDOSE E TUBERCULOSE – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DIFÍCIL

Julian Rodriguez Barrios; Gonçalo Peres; Marta P. De Almeida; Carla Costa; Camila Torres; Mariana Simões

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A tuberculose (TB) e a sarcoidose são doenças granulomatosas que se mimetizam e que, raramente, podem ocorrer conjuntamente, trazendo desafios ao diagnóstico e tratamento.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, natural da Guiné-Bissau, com infecção crônica por vírus da imunodeficiência humana tipo 2 sob terapêutica antirretroviral, com quadro sistémico de febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, perda ponderal, disfonia, tosse, toracalgia pleurítica e nódulos dolorosos subcutâneos nos membros inferiores, com 1 mês de evolução. Da avaliação inicial realizada, salienta-se: enzima conversora da angiotensina 82 U/L, velocidade de sedimentação 42mm/h, elevação dos parâmetros inflamatórios e evidência de múltiplas opacidades nodulares bilaterais, adenopatias mediastínicas e de derrame pleural e pericárdico nas imagens da TC do tórax. Foram colocadas as hipóteses de TB disseminada e sarcoidose, e realizadas pesquisas de micobactérias (MB) na expectoração, suco gástrico, sangue e urina, bem como biópsias ganglionar e subcutânea; nesta fase, teve intercorrência de perfuração gástrica contida, que motivou adiamento da broncofibroscopia (BFC). Por complicação de tamponamento cardíaco e agravamento do derrame pleural, foi submetida a pericardiocentese e toracocentese, com envio de amostras para pesquisa de MB nos líquidos pericárdico e pleural, e instituída corticoterapia sistémica e tuberculostáticos (HRZE_p); uma semana depois, foi submetida a BFC e feita pesquisa de micobactérias no lavado bronco-alveolar, secreções brônquicas e biópsia brônquica. A evolução foi favorável, não tendo havido isolamento de micobactérias. A biópsia ganglionar mostrou linfadenite granulomatosa com granulomas de tipo sarcóide e a biópsia subcutânea foi compatível com eritema nodoso. A PET-CT com gálio mostrou hipermetabolismo ganglionar inflamatório.

Discussão: A sarcoidose é um diagnóstico de exclusão e a existência de TB deve sempre ser considerada; em quadros graves, o tratamento da TB não deve ser protelado.

PO 640

NEM TUDO O QUE PARECE MENINGITE, É: DRESS INDUZIDO POR CARBAMAZEPINA COMO DESAFIO DIAGNÓSTICO

Pedro Brito Guerreiro; Rita Tourais Martins; Carolina Gomes; Cláudia Abreu Dos Santos; João Barroso; Desireé Farinha; Luís Cuña

Hospital Vila Franca Xira

Introdução: A reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS) é uma reação de hipersensibilidade grave caracterizada por febre, exantema, alterações hematológicas e envolvimento multiorgânico. O diagnóstico é desafiante e a identificação precoce do fármaco causador é essencial para prevenir recorrência e lesão de órgão.

Caso clínico: Homem de 50 anos, em estudo por suspeita de esclerose múltipla, iniciou carbamazepina em dezembro de 2025. Em janeiro foi submetido a punção lombar eletiva, desenvolvendo alguns dias depois febre alta, cefaleia intensa e exantema maculopapular difuso. Por suspeita de infecção do sistema nervoso central repetiu-se a punção lombar; o líquido revelou pleocitose linfocitária e PCR positiva para *Haemophilus influenzae*, iniciando-se ceftriaxone. Apesar da antibioticoterapia, evoluiu com eosinofilia (até 7.500/ μ L), elevação das enzimas hepáticas e lesão renal aguda progressiva (KDIGO 3), com sedimento urinário ativo.

Perante estes achados, colocou-se a hipótese de DRESS grave, tendo suspenso a carbamazepina e ceftriaxone e iniciado corticoterapia sistêmica, com normalização da função renal e hepática e resolução do exantema, febre e cefaleia. Observou-se recaída transitória após profilaxia com cotrimoxazol, confirmando hipersensibilidade medicamentosa. Teve alta clinicamente estável sob redução progressiva de corticosteroides.

Discussão: Este caso ilustra o desafio diagnóstico do DRESS. Embora o ceftriaxone tenha sido considerado como causa, o padrão temporal e o período de latência apontam para carbamazepina como principal desencadeante. O reconhecimento precoce, suspensão do fármaco e corticoterapia foram fundamentais para recuperação multiorgânica e prevenção da recorrência.

PO 641

NEUROSSÍFILIS MENINGOVASCULAR: APRESENTAÇÃO ATÍPICA COMO AVC

Pedro Brito Guerreiro; Rita Tourais Martins; Carolina Gomes; Cláudia Abreu Dos Santos; João Barroso; Desireé Farinha

Hospital Vila Franca Xira

Introdução: A neurosífilis é uma condição reemergente com apresentações clínicas variadas, podendo mimetizar outras doenças neurológicas. A forma meningovascular é rara e pode apresentar-se como AVC isquémico secundário a vasculite infecciosa.

Caso clínico: Homem de 64 anos com antecedentes de doença arterial periférica, cardiomiopatia de Chagas

com insuficiência cardíaca e tabagismo ativo, admitido por vertigem, instabilidade da marcha e confusão progressiva. A tomografia craniana inicial não revelou alterações. Dada persistência dos sintomas neurológicos, realizou-se ressonância magnética cerebral que evidenciou lesões isquémicas agudas/subagudas na região lateral direita da protuberância e no pedúnculo cerebelar médio esquerdo, compatíveis com AVC no território vertebrobasilar.

Face ao curso subagudo e características atípicas, foi realizada uma investigação etiológica detalhada. O exame sorológico treponémico (TPHA) foi reativo, enquanto o VDRL foi negativo. Por suspeita de neurosífilis, foi submetido a punção lombar e a análise do líquido revelou pleocitose, hiperproteíno-ráquia, hipoglicorraquia e VDRL fracamente positivo, confirmando o diagnóstico.

O doente foi tratado com penicilina G intravenosa (24 milhões UI/dia) durante 14 dias, com melhoria neurológica gradual e recuperação funcional parcial, tendo tido posteriormente alta para uma unidade de reabilitação, mantendo seguimento em consulta.

Discussão: Este caso realça a importância de considerar a etiologia infecciosa do AVC isquémico, principalmente em doentes com apresentações atípicas. O reconhecimento da doença e início precoce de terapêutica antibiótica são cruciais para melhorar o estado neurológico e prevenir complicações.

PO 643

ENDOCARDITE MITRAL E ABSCESSOS MULTIORGÂNICOS POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EM DOENTE EM HEMODIÁLISE

Flávio Quadrado¹; João Nóvoa²; Gonçalo Cristóvão²; Vasco Almeida²; Stepanka Betkova²; Maria José Manata²

¹Unidade Local de Saúde do Alentejo Central; ²Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: O *Streptococcus agalactiae* (SGB) tem emergido como um patógeno relevante em adultos com patologias crônicas, particularmente na doença renal crônica. Em doentes em hemodiálise, a imunossupressão funcional e o uso de cateteres aumentam o risco de bacteriemia invasiva. O SGB apresenta elevada propensão para a disseminação hematogénea, resultando em endocardite (2-9% dos casos) e focos infecciosos secundários. Esta patologia caracteriza-se por vegetações volumosas e elevada taxa de fenómenos embólicos, exigindo uma abordagem clínica complexa.

Caso clínico: Homem, 50 anos, com doença renal crônica estágio 5D (não aderente a hemodiálise há 2 meses), doença hepática crônica etanólica, insuficiência cardíaca (FEVE 25%) e caquexia. Admitido por agravamento do estado geral, febre (39°C) e hipotensão. À observação, apresentava-se desorientado, com má higiene e cateter de hemodiálise (CLD) conspurcado. Analiticamente, destacava-se anemia grave (Hb

4,6g/dL), trombocitopenia (46.000) e PCR elevada (118 mg/L). As hemoculturas isolaram *Streptococcus agalactiae*. O ecocardiograma revelou vegetação na válvula mitral (9 mm) e a TAC abdominal identificou áreas de infarto esplênico e abscesso peri-renal esquerdo. A ressonância magnética cerebral confirmou abscesso cerebral. O doente foi tratado com ampicilina endovenosa (81 dias) e posteriormente amoxicilina oral. Devido à extrema fragilidade e múltiplas comorbidades, foi recusada intervenção cirúrgica por cardiologia, urologia e neurocirurgia, optando-se por tratamento conservador e cuidados paliativos.

Discussão: Este caso ilustra a gravidade da bacteriemia por SBG com fenómenos embólicos infecciosos multisistêmicos (cardíaco, cerebral, renal e esplênico) em contexto de abandono de cuidados de saúde. A abordagem conservadora foi determinada pelo elevado risco cirúrgico e estado de caquexia do doente. A mensagem principal é a necessidade de controlo rigoroso de focos infecciosos em doentes renais e a importância do suporte social para prevenir o abandono terapêutico.

PO 644

MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Bento Andrade; , Francisca Lourenço Ramos; João Carlos Oliveira; Ana Margarida Ribeiro; Francisca Dâmaso; Antony Dionísio; Pedro Ferreira; Joana A. Duarte; Cândida Fonseca

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: A Síndrome Hemolítica-urémica (SHU) caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda por lesão endotelial da microvasculatura, formando microtrombos e, consequentemente, consumo de plaquetas e hemólise intravascular, principalmente nos glomérulos renais.

Caso clínico: Homem, 75 anos. História médica conhecida de doença renal crónica (DRC) 3b, doença cerebrovascular com 3 AVCs isquémicos no passado, cardiopatia isquémica e valvular, hipertensão e doença arterial periférica. À admissão no Serviço de Urgência apresentava diarreia, agravamento DRC e dor abdominal pelo que se assumiu gastroenterite aguda. Durante o internamento, evolução com trombocitopenia, anemia hemolítica com 7,5% esquizócitos no esfregaço de sangue periférico, consumo de complemento (Complemento C3 44.1mg/dL; Complemento C4 7.8mg/dL), LDH elevada e agravamento franco da DRC com necessidade de técnica de substituição renal por encefalopatia urémica, oligúria e acidémia metabólica refratária. Colhidas hemoculturas, coproculturas e pesquisa de *Clostridium difficile* negativas. Pedidas serologias *E.coli* e toxina Shiga também negativas. Para diagnóstico diferencial com púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) e coagulação intravascular disseminada

(CID), avaliado Anticorpo anti-ADAMTS13 6,55U/mL (<15); Plasminogenio 36% e Pesquisa de anticorpos para *Leptospira interrogans* positiva. Discutido caso em reunião multidisciplinar com Nefrologia, Hematologia e Imunohemoterapia, por baixa probabilidade de PTT por Plasmic score de 4 pontos, ponderou-se tratamento com Eculizumab assumindo-se provável SHU atípico. Doente evoluiu desfavoravelmente com falência hepática aguda com elevação transaminases e prolongamento do INR, acabando por falecer.

Conclusão: A SHU apresenta desafios diagnósticos únicos devido à maior prevalência de causas secundárias e atípicas nos adultos. Nestes, ao contrário de na população pediátrica, são mais frequentes as formas secundárias e a deficiência adquirida de ADAMTS13 (púrpura trombocitopénica trombótica), sendo comum atrasos no diagnóstico pelo vasto leque de diagnósticos diferenciais e surgindo muitas vezes a necessidade de diagnóstico por exclusão.

PO 645

PARVOVÍRUS B19 NO ADULTO IMUNOCOMPETENTE: PARA ALÉM DA QUINTA DOENÇA

José Verdasca; João Godinho; João Santos; Margarida Correia; Tiago Ferreira; Ana Matos Tornada
ULS Sta. Maria

A infeção por *Parvovírus* B19 no adulto pode manifestar-se com um espectro alargado, desde assintomática até manifestações graves e potencialmente fatal. Embora classicamente associada a disfunção hematológica, pode cursar com envolvimento multiorgânico, incluindo manifestações neurológicas, cardíacas, reumatológicas e hepáticas.

Reportamos um caso de uma mulher de 36 anos, com antecedentes de convulsões em contexto febril, perturbação da ansiedade generalizada e síndrome depressiva major. Foi internada por quadro de vómitos e diarreia com 7 dias de evolução, febre e recusa alimentar. Na admissão hospitalar tinha um quadro de sépsis com ponto de partida urinário, com disfunção multiorgânica. Apresentava prostração intensa, tetraparesia de predomínio distal, sem sinais focais ou meníngeos, reflexos normais. Fez tomografia computadorizada (TC) crânio encefálica sem alterações e líquido com proteinorraquia aumentada, sem pleocitose. O exame toxicológico revelou canabinóides e benzodiazepinas, de acordo com a terapêutica habitual. O electroencefalograma não revelou atividade. Apresentava padrão de citocolestase, elevação dos parâmetros inflamatórios sistêmicos, disfunção renal e rabdomiólise, além de anemia macrocítica. Na TC de corpo não se evidenciaram alterações, excepto pielonefrite unilateral. Iniciou terapêutica empírica com ceftriaxone, após colheita de hemoculturas e urocultura que foram negativas. O estudo da anemia revelou deficiência de folato. Por resolução do quadro infeccioso e de disfunção multiorgânica

gânica, com persistência de astenia intensa e anemia, foi efectuado um estudo etiológico mais exaustivo que revelou parvovirose aguda.

Este caso peculiar evidencia a heterogeneidade clínica da infecção por Parvovírus B19 no adulto e a necessidade de considerar este agente no diagnóstico diferencial de quadros sistêmicos com envolvimento neurológico e hematológico, perante anemia inexplicada e falência multiorgânica sem causa aparente.

PO 646

PSEUDOANEURISMA MICÓTICO DA ARTÉRIA RADIAL: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFECÇÃO FÚNGICA

Paulo Jorge O Ferreira¹; Victor Marquez²

¹CH Univ Porto - Sto Antonio; ²ULS Santo António

Os aneurismas micóticos correspondem a dilatações arteriais resultantes de infecção da parede vascular, geralmente por disseminação hematogénica ou por extensão contígua de um foco infeccioso.

Os autores apresentam o caso de um homem de 73 anos com antecedentes de DPOC, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por febre associada a tumefação, edema e rubor da mão direita e do cotovelo esquerdo com 7 dias de evolução e agravamento progressivo. Após ecografia, foi assumido o diagnóstico de celulite, tendo iniciado flucloxacilina com resolução da síndrome febril, mas persistência das restantes queixas.

Uma semana depois recorreu novamente ao SU por agravamento dos sinais inflamatórios na mão direita e cotovelo esquerdo. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e aumento da PCR (127,67 mg/L). Foi realizada artrocentese do punho, com saída apenas de conteúdo hemático vestigial. Iniciou antibioterapia com vancomicina e ceftriaxone no contexto de espondilodiscite. Durante o internamento verificou-se melhoria progressiva do edema e eritema do membro superior direito, mantendo-se um abscesso em crescimento no punho. A hipótese de artrite séptica foi excluída pela ortopedia.

Para melhor caracterização da lesão foi realizada TC do punho, que revelou pseudoaneurisma da artéria radial com 1,6×1,2 cm. O doente foi submetido a laqueação urgente da artéria radial. Observou-se posterior diminuição dos sinais inflamatórios. Após isolamento de *Candida albicans* no tecido arterial iniciou fluconazol EV, com resolução das queixas algicas após 14 dias, sem abscesso palpável e apenas ligeira limitação da preensão palmar.

A maioria dos aneurismas micóticos é causada por bactérias; no entanto, infeções fúngicas também podem ocorrer, sobretudo em doentes idosos ou com fatores predisponentes. Trata-se de uma entidade rara, potencialmente grave, que exige diagnóstico precoce e abordagem terapêutica médico-cirúrgica.